

Tabaco y prevención educativa

.....

Elsa Rodríguez Tadeo, José Ramón Calvo Fernández, José Juan Castro Sánchez

Pedro López Rodríguez, Noemí Guillén Rodríguez

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

RESUMEN

El estudio que presentamos trata de evaluar la prevalencia tabáquica en los estudiantes de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Para ello, realizamos un análisis descriptivo de esta población respecto al hábito tabáquico. La muestra seleccionada estuvo constituida por estudiantes de tercer Curso de las 34 Facultades y Escuelas universitarias. El número total de alumnos matriculados fue, en primera convocatoria, de 2225 alumnos; la muestra que recogimos fue de 1838 alumnos, lo que representa el 82,6% del total de alumnos matriculados.

Entre los resultados obtenidos destacamos que la prevalencia de consumo de tabaco entre nuestros estudiantes es más baja que la de otras universidades españolas así como la de la población general.

Palabras clave: Prevalencia tabáquica, hábito tabáquico, morbilidad, prevención educativa.

ABSTRACT

This study is an evaluation of the prevalence of smoking among students in the University of Las Palmas de Gran Canaria. Thus, we give a descriptive analysis of the population with respect to the habit of smoking. The sample selected was made up of third year students from 34 Faculties and University Schools. The total number of students enrolled was 2,225 students. Our sample gives the results over 1,838 students which represents 82.6% of the total number of students enrolled.

From the results obtained, we can say that the prevalence of smoking in our students is much lower than in other universities in Spain, and lower than the population at large.

Key words: Prevalence of Smoking, smoking as a habit, health risks, preventive campaigns.

1. INTRODUCCIÓN

En España, el tabaco ha ocasionado la muerte de 621 678 personas durante el período extendido entre 1978 y 1992, lo que significa el 14% de la tasa de mortalidad global anual. En ese mismo período, las muertes atribuibles al consumo de tabaco, en población de 35 y más años, han pasado de 37 259 a 46 226; lo que representa un 24% de aumento en la mortalidad debida al tabaquismo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001).

El tabaco causa 3,5 millones de defunciones anuales y es la causa principal de muertes previsibles en todo el mundo. A pesar de los peligros del uso de tabaco, las personas fuman y el número anual de defunciones sigue en aumento. En 1999, había 1100 millones de fumadores en el mundo y 800 millones de ellos vivían en los países en desarrollo. Si esta tendencia no cambia, el uso de tabaco causará 10 millones de defunciones anuales en el año 2030, de las cuales el 70% se presentarán en los países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2001), en España, la prevalencia del tabaquismo entre la población española de 16 y más años fue de 35,7%. Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el género y la edad. Según dicha encuesta, en los hombres el porcentaje de fumadores, fue de 44,8% y en las mujeres de 27,2%. El aumento de mujeres jóvenes fumadoras, frente a datos de encuestas anteriores, previsiblemente tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad femenina.

Al evaluar la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la Unión Europea, se observa que en los hombres, esta mortalidad se ha incrementado considerablemente hasta 1985 y a partir de aquí se aprecia un descenso gradual. Sin embargo, hay que destacar que la mortalidad en las mujeres ha experimentado un aumento considerable entre 1978 y 1992, siendo el incremento anual de un promedio del 6,7% (World Bank, 2000).

Cuanto más tiempo consuma tabaco una persona, mayores serán los riesgos para la salud. La tasa de mortalidad de los fumadores es tres veces mayor que la observada en los no fumadores en todos los grupos de edad. Las personas que se vuelven adictas a la nicotina en la adolescencia (casi 60% de los jóvenes que comienzan a fumar) tienen 50% de posibilidades de morir por causa del tabaco al convertirse en fumadores adultos, con una pérdida cercana a 22 años de esperanza normal de vida (*United States Department of Health and Human Services, 1994*).

Los costos del uso de tabaco en términos humanos y económicos, causarán cada vez más estragos en las naciones de todo el mundo a medida que aumente el número de nuevos fumadores.

El consumo de tabaco representa un volumen importante en los gastos sanitarios y sociales de nuestro país. La evaluación de los costes económicos indirectos de la morbilidad y la mortalidad prematura, atribuible al tabaco, pone de manifiesto que estos costes son casi once veces más elevados que los beneficios que produce (World Bank, 1999).

Los jóvenes, son desde hace años, el objetivo principal de las compañías tabaqueras. Por ello, desde las administraciones públicas se han puesto en marcha campañas de educación para la salud dirigidas a este colectivo para conseguir retrasar la edad de inicio o evitarlo. Al respecto, la población universitaria de los países de nuestro entorno, ha sido hasta el momento objeto de pocos estudios para conocer cuál es su prevalencia de consumo, sus características, cuáles son sus estilos de vida relacionados con el hábito tabáquico y cuáles son sus intenciones respecto al abandono del hábito.

Por otro lado, y desde el *ámbito educativo*, la prevención forma parte de las labores que educadores y profesionales sanitarios deben desarrollar para promover la salud del individuo y de la colectividad. Los educadores y profesionales sanitarios, además de apoyar cuantas iniciativas propuestas por el gobierno demuestren ser eficaces para conseguir disminuir el consumo, deben actuar como agentes creadores de conciencia social, e incluso, como factores de presión, individual y colectiva, capaces de obligar a los legisladores a asumir el compromiso de desarrollar normas encaminadas a conseguir los objetivos, y al gobierno a la aplicación de dichas medidas (Piedrola, 2003).

En el caso de los niños y adolescentes, además del papel primordial que corresponde a la familia, los educadores tienen un importante papel que cumplir, ya que son ellos quienes más están en contacto con niños y jóvenes y quienes más pueden influir en los conocimientos y actitudes de los niños durante la edad escolar (Barrueco, 2003).

Según el Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas (2003), las campañas para evitar la drogadicción entre los jóvenes han tenido gran desarrollo, en cambio, las dirigidas a los progenitores cuentan con escasa asistencia. Los padres delegan responsabilidad en el colegio. Las familias que reúnen factores de riesgo no siempre acuden a estas campañas. En una entrevista realizada a 800 progenitores de jóvenes de 1º de ESO, el 70% consideró que era necesario desarrollar programas preventivos dirigidos a padres y madres. Sin embargo, al preguntarles si estarían dispuestos a participar, la cifra bajaba al 40% mientras que, a la hora de la verdad, la asistencia fue mínima, sólo el 9% de los entrevistados acudió al programa de entrenamiento para padres.

Siguiendo con la misma fuente de información, un trabajo realizado por la Universidad de Lleida, ha constatado que, entre los jóvenes, el consumo de alcohol y tabaco es muy frecuente. Más de la mitad de los encuestados (2265 jóvenes de 13 años) había probado o consumía habitualmente tabaco y el 36% alcohol. Al analizar estos datos lo deseable sería que los padres se implicasen más en los programas preventivos.

La Organización Mundial de la Salud (1983), a través del Comité de Expertos en la Lucha Antitabáquica divide los programas dirigidos a la población en dos grupos:

a) Informativos. Los objetivos de los programas informativos son:

- Conseguir informar al público de las consecuencias del consumo de tabaco para la salud.
- Conseguir que los responsables de la toma de decisiones asuman la necesidad de la lucha antitabáquica y de las posibilidades de actuación.
- Convencer de la importancia del papel ejemplar a personas de relevancia social como son los profesores y los médicos. De esta manera se contrarresta la desinformación de los fabricantes de cigarrillos.
- Proteger los derechos de los no fumadores.
- Crear un ambiente social favorable a la conducta de no fumar como la conducta social normal o habitual.
- Los mensajes a transmitir deben ser adecuados a la población a la que se dirigen, sencillos, directos y transmitir ideas positivas.

b) Los programas educativos se centran principalmente en:

- Actuar sobre la conducta de niños y jóvenes. Se dirigen a evitar que adquieran el hábito de fumar.
- En los niños y jóvenes la principal herramienta didáctica es el profesor y la escuela, que sería el lugar más idóneo para llevarlo a cabo.
- Los contenidos deben estar integrados dentro de un programa general de Educación para la Salud. Su efectividad aumenta cuando son prolongados en el tiempo, durante toda la vida escolar del alumno y apoyados simultáneamente de forma externa al colegio por otras campañas comunitarias que actúan sobre otros medios utilizados habitualmente por niños y jóvenes; y sobre sus lugares de convivencia habitual.

En una encuesta realizada entre los años 1987 y 1997 por el Instituto Nacional de Salud (1998), sobre jóvenes de 16 a 24 años, se pudo comprobar cómo la mujer fumadora ocupaba los mismos puestos en cuanto al hábito tabáquico que la población masculina. En general, el 8,8% de las mujeres de los países en desarrollo, el

20,2% de los países con economía de transición y el 22,3% de los países desarrollados actualmente fuman cigarrillos. Se prevé que el número total de fumadoras aumentará de 257,8 millones en el año 2000 a 324 millones en el 2020, y que la mayor parte de ese aumento se registrará en los países en desarrollo (Jha y Chaloupka, 2000).

En otro orden de cosas, casi el 90% de los fumadores comienzan a usar tabaco antes de cumplir los 18 años y los jóvenes empiezan a probar cigarrillos alrededor de los 13 años de edad. Como resultado, las actividades de prevención del uso de tabaco lógicamente tienen más efecto cuando se concentran en los niños y los jóvenes. En realidad, la mayoría de esos programas de prevención se dirigen a los niños de edad escolar, lo que hace de las escuelas un sitio ideal para ponerlos en práctica (Organización Mundial de la Salud, 1998). Esta misma fuente de información, de los 6000 millones de habitantes del mundo, 1000 millones están matriculados en las escuelas. En los países en desarrollo, el 80% de los jóvenes están matriculados en los centros educativos y el 60% de ellos terminan, por lo menos, cuatro años de estudios. La escuela es un lugar de especial importancia para la ejecución de campañas de prevención, puesto que permite llegar a muchos jóvenes. El papel de la escuela es decisivo en la prevención; Brink, Simons-Morton, Harvey, Parcel y Tiernan (1998), citan los seis componentes que debe considerar una escuela en la elección de un programa para prevenir el inicio del hábito de fumar:

- a. *Un componente informativo* que facilite a los alumnos la comprensión de las consecuencias negativas de fumar para la salud, que les ayude a identificar la procedencia de las influencias hacia el fumar y establezca un contrapunto de la idea que fumar es necesario para ser aceptado.
- b. *Un componente de entrenamiento* en habilidades sociales para resistir las presiones de los compañeros para fumar, que utilice el modelado y el ensayo conductual.
- c. Un componente en el que los alumnos *se comprometan* públicamente exponiendo sus razones para no fumar.
- d. El uso de *estrategias de aprendizaje* que incluyan métodos de aprendizaje activo.
- e. Utilización de compañeros de los *alumnos como líderes*.
- f. Que el programa contemple *sesiones de seguimiento* para mantener los efectos del programa.

Sin embargo, algunos autores como Best, Thomson, Santi y Smith (1998), explican otros componentes de los programas preventivos:

- a. Un componente informativo de las consecuencias a corto plazo de fumar cigarrillos y de cómo los adolescentes llegan a ser fumadores.

- b. Discusión de los métodos usados por los anuncios para llevar a los jóvenes al consumo y de la presión a la que un grupo de fumadores somete al individuo que se integra en él.
- c. Utilización de la técnica de modelado de situaciones en las que el joven sufre las presiones citadas y de conductas para sortearlas.
- d. Uso de ensayo de papeles en las situaciones en las que el adolescente tiene que resistir las presiones del grupo.
- e. Un componente de implicación de los participantes en un compromiso de tipo público sobre sus intenciones no fumadoras.

Por su parte, el Instituto Nacional del Cáncer (1994), de Estados Unidos, ha determinado que los siguientes elementos son indispensables para los programas escolares de prevención del uso de sustancias.

- Se deben realizar sesiones por lo menos cinco veces al año con los niños de 6° y 8° grados.
- Conviene recalcar los factores sociales relacionados con la iniciación del hábito de fumar, las consecuencias del tabaquismo a corto plazo y la fuerza de voluntad para rechazar el tabaco.
- El programa debe integrarse al currículo escolar.
- Se debe introducir el programa durante el período de transición de la escuela primaria a la secundaria.
- Debe haber participación interactiva de los estudiantes en el programa.
- Hay que fomentar la participación de los padres.
- Se debe preparar debidamente a los maestros.
- Es preciso adaptar el programa a la cultura de la población destinataria.

También se deben realizar campañas de prevención en las escuelas; según Borvin y Tortu (1988) éstas perseguirían los siguientes objetivos:

- Reducir el costo de los programas al usar la infraestructura existente.
- Agilizar la evaluación a corto y largo plazo.
- Facilitar la orientación y la experimentación.
- Utilizar maestros expertos y competentes.
- Mejorar la credibilidad ante los padres y los vínculos con la comunidad.
- Llevar a una vida más sana y productiva en la edad adulta.

Por último, Harken (1987), considera que son componentes preventivos del currículo y elementos de la Educación para la Salud los siguientes:

- a. Aprendizaje por parte de los alumnos de conceptos y técnicas que les permitan comprender y resistir las influencias sociales para fumar.
- b. El entrenamiento en habilidades de tipo general (solución de problemas, manejo de situaciones de ansiedad, etc.) para que ayuden a los adolescentes a desenvolverse en las situaciones conflictivas que suelen aparecer en esta etapa del desarrollo, para evitar que utilicen el fumar como forma de afrontarlos.
- c. Puesta en marcha de estrategias comunitarias (prohibición de fumar en lugares públicos, prohibición de la venta de tabaco a menores, etc.).

Estamos de acuerdo con Harken (1987), ya que creemos que la escuela es el principal contexto desde el cual se tienen que promover los programas y acciones de Educación para la Salud. Estos programas tendrían que mejorar el conocimiento de los alumnos, y mejorar también sus prácticas educativas. La estructura de un programa preventivo debe permitir su inclusión dentro de temas curriculares de la escuela y su aplicación como elemento independiente y paralelo al currículo escolar.

Finalmente, debemos hablar de los *programas escolares* destinados a niños y jóvenes que quizás sean los más ampliamente utilizados y experimentados. Todos ellos se instrumentalizan en el medio escolar, a través de la transmisión de conocimientos y actitudes destinados a conseguir un estilo de vida más saludable mediante la Educación para la Salud.

Para Costa y López (2000, p. 29), la Educación para la Salud es “un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”.

En cuanto a nuestro sistema educativo, una gran parte de las actividades de aprendizaje de salud se desarrollan en la Educación Infantil, por ello la LOGSE aplica un diseño transversal a la Educación para la Salud, por lo que es necesario que la misma quede perfectamente integrada en el diseño curricular de las diversas materias que integran la enseñanza obligatoria en sus diversos tramos. La Educación Primaria, al igual que en la Educación Infantil, también está diseñada como materia transversal en la citada ley; se incluyen una serie de temas con un contenido más amplio en relación con la salud, que se engloban dentro del apartado “El Ser Humano y la Salud”. Contiene seis facetas distintas que deben ser abordadas por los educadores a lo largo de las tres etapas que consta este período docente (LOGSE, 1990). La enseñanza primaria es clave como período crítico del inicio del consumo de tabaco, es de especial importancia el papel que tienen que

desarrollar los profesionales de la salud y de la educación para desarrollar estrategias de prevención.

Estudios llevados a cabo por Azamar, Ortiz y Barrios (2001), han determinado que el 33,6% de los escolares de 5º curso de primaria han tenido contacto con el cigarro, existiendo un incremento muy evidente en la experimentación con el tabaco entre el 3º y 5º año de primaria, estando la edad promedio en 10,9 años. Desde que el tabaquismo comenzó a ser considerado factor de riesgo para la salud, muchos países han implementado programas destinados a que las nuevas generaciones no empiecen a fumar. En España, aunque ha habido intentos de prevención mediante programas escolares, propiciados por la transversalidad tras promulgarse la LODE y la LOGSE, hay pocos programas de intervenciones educativas, rigurosos y correctamente evaluados (López, López, Comas, Herrero, González y Cueto, 1999).

Existe un amplio consenso en Europa acerca de la necesidad de promover la Educación para la Salud en las escuelas. En España, aparte del desarrollo normativo que ha introducido la Educación para la Salud en las escuelas como contenido transversal de currículo escolar, la transmisión de dichos contenidos, por lo que se refiere al tabaco al menos, es más la excepción que la regla (Barrueco, Hernández-Mezquita, Jiménez, Vega y Garrido, 1999). Sin embargo, existen numerosos estudios que demuestran la rentabilidad de los programas escolares. El éxito de este tipo de programas depende:

- De conseguir la implicación de toda la comunidad escolar, alumnos, profesores y padres.
- De su prolongación a lo largo de todo el proceso educativo.
- De la adaptación de los contenidos a la población a la que se dirigen.

Las estrategias para prevenir el consumo de tabaco entre los jóvenes deben incluir los siguientes aspectos (Lantz, Jacobson, Warner, Waasserman, Pollack y Berson 2000):

- Actuación en la escuela.
- Actuación en la comunidad.
- Utilizar los medios de comunicación.
- Eliminar la publicidad.
- Restringir el acceso de los menores al tabaco.
- Incrementar el precio.

Los profesores son los profesionales mejor formados para educar y el mejor instrumento social para transmitir este tipo de contenidos educativos destinados a

la adquisición por parte de los alumnos de actitudes saludables y duraderas. No obstante, la implicación de los profesores es aún escasa. Directores y profesores no han asumido aún la Educación para la Salud como una actividad prioritaria por lo que las autoridades educativas y sanitarias, así como instituciones como el *Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos* han elaborado estrategias destinadas a estimular la inclusión de este tipo de contenidos en los programas de los centros escolares (Murray, Perry, Griffin, Harty, 1992). Los profesores consideran que la Educación para la Salud que se imparte es insuficiente y que debería realizarse a través de programas interdisciplinares, pero a la vez que se consideran insuficientemente formados manifiestan su desconfianza acerca de la colaboración de los médicos en este tipo de actividad escolar (García, 1993).

Existen divergencias notables en torno al contenido de estos programas. Tanto en España como en Europa se plantea la necesidad de transmitir a los alumnos mensajes positivos y relacionados con los efectos del tabaco a corto plazo, mientras que en otros países como Estados Unidos algunos sectores postulan incluir contenidos informativos sobre los efectos del tabaco a medio y largo plazo, predominando la información relacionada con las enfermedades coronarias o el cáncer de pulmón. Por lo que respecta a niños y adolescentes no fumadores, este tipo de programas deben estar dirigidos a conseguir que se mantengan sin fumar. Para ello es necesario informarles igualmente de los efectos adictivos de la nicotina y de los efectos sobre la salud del tabaco, complementando este tipo de información con una educación destinada a dotarles de habilidades para resistir las presiones que van a recibir de sus propios compañeros, del medio social en el que se desenvuelven. Se trata de ayudarles a formar actitudes con capacidad para decir no (Barrueco, 2003).

Los educadores y profesionales sanitarios deberían ser capaces de intervenir con eficacia en los medios de comunicación social y tratar de establecer alianzas, explícitas o implícitas, con los profesionales de la información. Conseguir la sensibilización de los mismos y su implicación en la lucha antitabaco puede contribuir notablemente a la concienciación social. Experiencias llevadas a cabo en otros países donde algunos medios de comunicación han adoptado códigos éticos de comportamiento que les obligan a rehusar publicidad directa o indirecta de la industria del tabaco (Pierce, Macaskill y Hill, 1990).

Los programas educativos en las escuelas han demostrado su efectividad al disminuir considerablemente el número de fumadores adolescentes. Estos programas son exitosos porque están basados en modelos que permiten identificar las influencias sociales sobre la iniciación del tabaquismo, y porque proporcionan una serie de estrategias orientadas a estimular cambios comportamentales para resistir esas influencias. Cuando los programas educativos son completos, ofrecen mayores oportunidades de impartir educación sobre otros comportamientos de riesgos,

así como de promover estilos de vida saludables entre los estudiantes (Krantzler y Miner, 1996). En los Estados Unidos, los programas de educación escolar son más efectivos cuando se combinan con esfuerzos comunitarios. En algunas experiencias de este tipo el consumo de tabaco se ha reducido más de 40% entre los estudiantes al final de la escuela secundaria. Entre las recomendaciones que se deben tener en cuenta para la planificación de programas integrados de promoción de la salud se encuentran (Organización Panamericana de la Salud, 1992):

- Identificar cuidadosamente la población objetivo de los programas. Responder a sus necesidades e intereses.
- Usar técnicas exitosas de preparación de mensajes, incluyendo figuras célebres como modelos.
- Hacer una investigación diagnóstica previa.
- Planificar campañas eficientes en función del costo, y de duración suficiente para asegurarse su impacto.

La evaluación de los programas de prevención primaria basados en programas educativos en el marco escolar, revelan la necesidad de desarrollar estrategias que no se restrinjan al interior de las aulas, sino que se proyecten también al conjunto del medio escolar y al marco comunitario. Algunos proyectos que incluyen intervenciones comunitarias como el proyecto OCTOPUS en Asturias o el proyecto ESFA en Madrid y Barcelona muestran nuevos caminos, que pueden integrar acciones educativas en las aulas con la promoción de espacios sin humo en el centro y de la cesación entre educadores, acciones con las familias de los escolares y actuaciones sobre los espacios de ocio de los adolescentes (López, Comas, Herrero, Pereiro, Fernández y Thomas, 2002).

Con base en estos planteamientos surge y se considera una necesidad el ejecutar acciones que nos lleven a la prevención del tabaquismo en niños y adolescentes, apoyándonos en un programa integral que permita modificar el interés que estos tienen en el cigarro, crear conciencia de los riesgos que esto conlleva e iniciarlos en estilos de vida que los protejan de las adicciones.

La Educación Secundaria Obligatoria abarca desde los 12 a los 16 años, es decir, coincide con la etapa de la adolescencia. Dentro de esta etapa, no se contempla dentro del currículo asignaturas de prevención que contribuyan y promuevan valores y estilos de vida, asesorando y orientando al adolescente. Teniendo en cuenta que la adolescencia es la edad en la que se produce mayoritariamente el inicio en el consumo de tabaco, la escuela ha de contribuir y promover desde la prevención valores y estilos de vida, asesorando y orientando al adolescente.

Ya en la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud (1978), se subrayó la importancia del escenario escolar para el desarrollo de la Educación para la

Salud y, posteriormente, una serie de programas informes y conferencias europeas han subrayado también la aportación significativa que la escuela tiene en el desarrollo y promoción de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1978).

En la tabla 1 se muestran las características que hacen de la escuela un punto focal para la planificación de la Educación para la Salud, en el cual pueden converger las acciones de otras instancias preocupadas por la salud. Creemos que ningún otro contexto comunitario relacionado con la salud se aproxima a la magnitud de la empresa educativa escolar.

Tabla 1

Razones que hacen de la escuela un contexto idóneo para la Educación de la Salud

RAZONES QUE HACEN A LA ESCUELA IDÓNEA PARA EDUCAR PARA LA SALUD
Garantizar la accesibilidad y la continuidad de las acciones de salud durante mucho tiempo.
Garantizar la receptividad o vulnerabilidad ante las actividades educativas al acceder a los niños desde edades muy tempranas.
Permite la confluencia simultánea y ordenada de escenarios e influencias relevantes en la vida de los niños.
Garantiza el apoyo social de los valores y prácticas de salud aprendidas al contar con el apoyo y aceptación del grupo de iguales.
Permite ubicar la Educación para la Salud en una perspectiva del desarrollo integral de los niños.

Fuente: Costa y López (2000).

Organismos como UNICEF (1997), reconocen varios niveles de habilidades para una vida saludable:

- Habilidades psicológicas y sociales básicas (configuradas por una profunda influencia de los valores culturales y sociales).
- Habilidades relacionadas específicamente con una situación (tales como negociación, afirmación personal y resolución de conflictos).
- Habilidades aplicadas a la vida (tales como cuestionar los roles de género o rechazar las drogas).

La Organización Mundial de la Salud (1999), promueve programas escolares de enseñanza de habilidades para una vida saludable. Dichos programas están enfocados para que los adolescentes adquieran la capacidad de elegir modos de vida saludables y un óptimo bienestar físico, social y psicológico. Dicha Organización estima que las siguientes habilidades para la vida son indispensables (Mantilla, 1993):

1. La capacidad de tomar decisiones.
2. La capacidad de resolver problemas.

3. La capacidad de pensar en forma creativa.
4. La capacidad de pensar en forma crítica.
5. La capacidad de comunicarse con eficacia.
6. La capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales.
7. El autoconocimiento.
8. La capacidad de experimentar empatía.
9. La capacidad de controlar las emociones.
10. La capacidad de manejar la tensión y el estrés.

Para que el enfoque de adquisición de habilidades para una vida saludable pueda ser incorporado a las actividades de prevención que forman parte de los programas nacionales de educación o de salud, debe haber suficiente voluntad política para apoyar la iniciativa en el ámbito nacional. Los profesionales de salud pública, los educadores y los servicios sociales están en una posición singular para defender la adopción de una intervención tan importante.

Por todo lo comentado hasta estos momentos, debemos reseñar que en España no se han realizado muchos estudios sobre el particular que nos ocupa y, en concreto, en nuestro medio no se conocen datos fidedignos que nos permitan tomar decisiones sobre la conveniencia de realizar campañas, proponer soluciones concretas en el ámbito de la salud de nuestros universitarios, o facilitarles medios para que puedan abandonar su hábito. Es por ello que en este estudio evaluamos la prevalencia tabáquica en los estudiantes de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

2. MÉTODO

2.1. Diseño

Se trata de un diseño selectivo de tipo descriptivo a través de un cuestionario de aplicación colectiva.

2.2. Muestra

La muestra está constituida por el conjunto de estudiantes que se han matriculado en tercer Curso de carrera de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, de entre 20 y 24 años de edad y de ambos géneros. Se escogieron estos estudiantes por dos razones:

1. Por el rango de edad en el que se encontraban, 20-24 años; ésta es una edad en la que se supone que el hábito de fumar está ya consolidado (en el caso de que sean fumadores), pero que, al mismo tiempo, es una edad límite para la toma de decisión de fumar o no.
2. Por ser este curso el último de las Diplomaturas y el curso mitad de las Licenciaturas.

2.3. Instrumento

Elaboramos un cuestionario de noventa y seis ítems en el que se plantean algunos temas básicos acerca del hábito tabáquico relacionados con aspectos personales, sociales, de la salud, etc. El cuestionario es de fácil aplicación y corrección; éste se divide en dos partes: en la primera, del ítem 1 al 54, todos los sujetos encuestados deben contestar a las preguntas; y en la segunda parte, de la pregunta 55 a la 96, sólo es respondida por aquellos estudiantes que tengan adquirido el hábito tabáquico. En la mayoría de los ítems del cuestionario los sujetos deben elegir en una escala tipo Likert de 1 a 5, de entre las diferentes opciones de respuesta que se les propone, el grado de acuerdo en que se encuentran. También existe un número reducido de preguntas en las que los estudiantes deben elegir entre las opciones de respuesta *sí o no*.

2.4. Procedimiento

El cuestionario fue aplicado en las 34 facultades y Escuelas universitarias en el horario habitual de clase, con una duración aproximada de 30 minutos; en este tiempo se contempló la explicación de cómo realizar el cuestionario, las dudas de los sujetos y la aplicación del mismo. Una vez aplicado procedimos al tratamiento estadístico de los datos utilizando para ellos el programa SPSS (11.0).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se expondrán los datos que se desprenden del cuestionario agrupados en seis bloques. Comentaremos cada uno de ellos por separado. En el primero de ellos haremos relación a aspectos generales sobre las características de la muestra; en el segundo bloque se recogen aquellos ítems que hacen referencia a las opiniones y percepciones que sobre el tabaco presenta la muestra estudiada; el tercer bloque refleja las preguntas que guardan relación con aspectos de salud y tabaco; en el cuarto figuran los ítems que tienen relación con los temas de prohibición acerca

del tabaco; el quinto se refiere a los estilos de vida que los estudiantes llevan en su vida cotidiana; y el último bloque hace referencia al tema de la prevalencia tabáquica.

A continuación presentamos los resultados obtenidos en cada uno de los bloques elaborados.

3.1. Generalidades de la muestra

Al analizar este bloque tenemos que del total de los 1838 alumnos encuestados, el 39,5% son hombres y el 60,5% mujeres. Aprueban todo en junio 408 alumnos, siendo el cigarrillo rubio el más consumido por la población universitaria y la marca más fumada “Marlboro”, elegida por 253 alumnos lo que representa el 35,9%, seguida de “Marlboro light” 14,20%.

También se desprenden de los resultados que los estudiantes conviven con fumadores (45,6%), aunque tenemos a 492 jóvenes (26,7%) que son fumadores de manera ocasional y de ellos, 323 alumnos manifiestan que les gustaría dejar de fumar. Este porcentaje de alumnos fumadores observado en nuestro estudio, 26,7%, es inferior al descrito en personal sanitario y médicos; según la encuesta del INSALUD del año 1988 (38,9% y el 34,7% respectivamente) y al descrito en la población general según la Encuesta Nacional de Salud del año 1997 (35,7%). Este dato tendría que servir de punto de partida y de reflexión para actuaciones posteriores, ya que parece que las actuaciones emprendidas desde diversos estamentos están dando sus frutos.

Estudios llevados a cabo en Canarias por Serra, Calvo, Santana, Orengo, López, y Serrano (1997), reflejan que en la Isla de Gran Canaria, se comercializan 49 marcas de cigarrillos rubios y 18 de cigarrillos negros. La marca “Marlboro” es la única marca que después de 40 años continúa con el mismo estilo de publicidad, y obtiene ingresos tales por su venta que pueden destinar a gastos de *marketing*, una cantidad de dinero que supera tres veces el presupuesto global de la Organización Mundial de la Salud (Calvo, Calvo, Calvo, López, Repetto, Segura, Navarro y Acosta, 2002). Por ello, la marca “Marlboro” es la más vendida en el mundo (OMS, 2001).

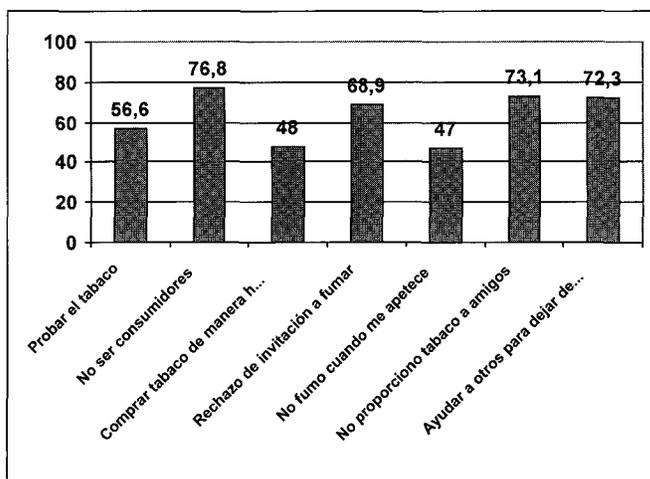
Por último, el tabaco está presente en la vida cotidiana de una gran cantidad de niños y adolescentes, como se demuestra en nuestro estudio. En un trabajo llevado a cabo por Galán, García y Zorrilla (2000), observamos que el 51% de los jóvenes no fumadores han estado expuestos al humo del tabaco de forma pasiva en algún momento, siendo la media de exposición de 2 horas. El lugar donde se produce la mayor exposición es en el propio hogar, con un 39,8% de no fumadores

expuestos y una media de 2 horas. Un 77,8% de nuestros universitarios conviven con sus padres, y como ya hemos comentado, el 45,6% lo hacen con fumadores.

3.2. Opiniones sobre el tabaco

En la figura 1 podemos observar las principales opiniones que todos los sujetos de nuestro estudio tienen del tabaco.

Figura 1
Principales opiniones acerca del tabaco



De los datos de la figura 1 observamos que el 56,6%, *probarían el tabaco por curiosidad*, pero el 76,8% de ellos no estarían dispuestos a ser *consumidores habituales de tabaco*, tampoco a *comprar su tabaco de manera habitual* el 48%. Rechazarían una *invitación para fumar* el 68,9% de nuestros alumnos. No estarían dispuestos a *fumar siempre que les apeteciera* el 47%, como tampoco estarían dispuestos a *proporcionar tabaco a sus amigos* (73,1%) y ayudarían a alguien *para que dejaran de fumar* el 72,3%.

Otros resultados significativos de este bloque serían que el 41,7% de los estudiantes están totalmente en desacuerdo con el enunciado *fumar con independencia de la opinión de su grupo*; sin embargo, el 37% estarían totalmente en desacuerdo a *resistir la presión de un grupo para que fume*.

Después de lo expuesto, consideramos que los alumnos tienen un gran desconocimiento del poder adictivo de la nicotina, ya que el 76,8% contestan que *no estarían dispuestos a ser consumidores habituales* y esto no es así; una vez se ha empezado a

fumar, es muy difícil combatir el hábito tabáquico ya que cada cigarrillo es una pequeña fábrica de sustancias químicas (Hoffman y Hoffman, 1997). El amoniacó en los cigarrillos representó un descubrimiento para la industria tabaquera, ya que dicho componente hace que aumente la rapidez con que la nicotina llega al cerebro (Calvo y Calvo, 1999).

No estarían *dispuestos a fumar siempre que les apeteciera* el 47%. Una vez se ha comenzado a fumar la nicotina produce tanta adicción como el tabaco, la heroína y la cocaína. Esto explica por que sólo un 3% de las personas que quieren dejar de fumar pueden hacerlo a largo plazo (Fagerstrón, Heatherton y Kozlowski, 1990).

Con respecto al ítem *no estoy dispuesto a proporcionar tabaco a mis amigos*, resulta curioso que en la pregunta 58 del cuestionario de un total de 732 alumnos, *que fuman o han fumado a lo largo de su vida más de cinco cigarrillos*, contestan el 41,8% que las razones por las que han comenzado a fumar ha sido por la *influencia de los amigos*. Durante la adolescencia, son las presiones ejercidas por amigos fumadores las que influyen a la hora de que un adolescente se convierta en fumador. Muchas veces esto se convierte en un rito de integración dentro del grupo, del que vería rechazado si no se involucrara en la misma medida que sus compañeros (González y Romero, 1998).

Más de la mitad de la muestra *no probarían el tabaco por curiosidad*. Uno de los motivos que esgrimen los adolescentes para empezar a fumar es la curiosidad, según los informes de la OMS (1998); tres de cada cinco jóvenes que prueban el tabaco se volverán fumadores adictos a la nicotina al llegar a la edad adulta, la mitad de ellos tendrá una muerte prematura y la mayoría sufrirá sin necesidad como resultado de esa adicción. Los jóvenes que optan por fumar no entienden la naturaleza de la adicción ni ven las consecuencias a largo plazo. Lo que comienza por curiosidad, se convierte a menudo en una dependencia permanente del tabaco para satisfacer las ansias de consumir nicotina. El reforzamiento social (típicamente representado en forma de presión social de los compañeros) es el principal responsable de la adquisición del hábito de fumar (Pomerlau, 1998).

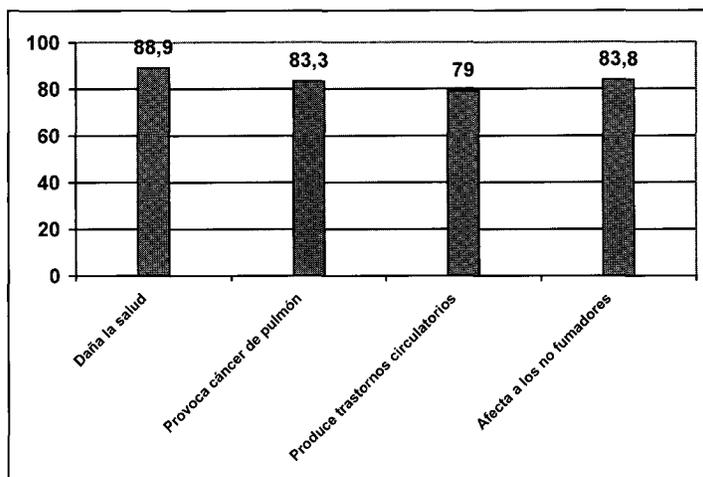
Por último, destacamos otros datos de interés. El 72,3% de la muestra *Estaría dispuesta a ayudar a alguien para que dejase de fumar*; un alto porcentaje de jóvenes (64,1%) opina que el cigarrillo *no promueve la vida social*; tampoco ayuda a *aliviar el stress* (54,9%), *no facilita la amistad* (75,8%) y tampoco hace *a la persona más interesante* (83,2%).

3.3. Tabaco y salud

En la figura 2 reflejamos las percepciones que los estudiantes presentan acerca de los riesgos y efectos del consumo de tabaco.

Figura 2

Opiniones sobre los riesgos y efectos del tabaco



Comprobamos que nuestros alumnos están bastante sensibilizados sobre los peligros del tabaco: *El fumar es dañino para la salud* (88,9%), *causa cáncer de pulmón* (83,3%), *daña el corazón y produce trastornos circulatorios* (79%), *el cigarro afecta a las personas que no han fumado y están expuestas al humo de otro fumador* (83,8%). En España la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC), constituye la de mayor morbimortalidad, situándose en la cuarta causa de mortalidad. El gasto generado por esta enfermedad se ha calculado en 160 000 millones de pesetas al año (Jiménez, Ruiz, Ramos, Megías, 1998).

Lo mismo ocurre con los problemas cardiovasculares relacionados con el tabaco, la mortalidad por una afección coronaria es un 70% mayor entre los fumadores que en los no fumadores (Sánchez, 1994), datos éstos en los que nuestros alumnos fumadores y no fumadores parecen coincidir por igual, lo que viene a demostrar que los niveles de información que reciben sobre los daños del tabaco son suficientes, pero sin embargo, hay otros aspectos, probablemente menos contemplados en nuestra acción educativa, que les llevan a seguir consumiendo y a poner en duda aspectos claves para la prevención.

El ser fumador pasivo produce 30 veces más cáncer de pulmón que todos los contaminantes habituales del aire juntos (Calvo y Calvo, 1999) y ese factor es igualmente aceptado masivamente por nuestros alumnos.

3.4. Tabaco y prohibiciones

Los estudiantes de los 34 Centros de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria a los que se le pasó la encuesta parecen bastante sensibilizados a la hora de restringir el consumo de tabaco. Son muchos los argumentos a favor de las prohibiciones integrales de la publicidad. Un estudio del World Bank (2000), examinó los datos de 102 países y encontró que el consumo de cigarrillos per cápita en los países con prohibiciones integrales descendió cerca del 8%, mientras que el consumo en los países sin tales prohibiciones descendió cerca del 1% (Sánchez, 1991). Para este autor la presión social (que el medio ejerce sobre el niño y el adolescente), junto con la publicidad, contribuye al inicio en el consumo del tabaco. Estamos de acuerdo con esta afirmación, ya que, el fumar es un comportamiento aprendido y favorecido por la mediación de la propia sociedad, en esta etapa del desarrollo.

En general, nuestros alumnos coinciden con las prohibiciones. Creen que *habría que aumentar el precio de los cigarrillos para que los jóvenes dejen de fumar* (41,4%); por su parte, el 63,7% manifiestan que *tendría que estar prohibido fumar en los lugares públicos, y llegarían a prohibir fumar en las empresas* (56,5%), mientras que un sorprendente 43,8% creen que *debería prohibirse la venta de cigarrillos a través de máquinas expendedoras, independientemente de la edad del consumidor*. Este dato resulta de interés ya que esa es la fuente habitual de suministro de los fumadores más jóvenes. Posteriormente, cuando se analiza este dato desde el punto de vista de los fumadores frente a no fumadores, se percibe la diferente forma de aceptar o rechazar esta propuesta en función de serlo o no.

El tabaco es una enfermedad que se transmite a través de la publicidad y de las campañas de promoción, a las que la industria del sector consagra miles de millones de dólares (Jiménez, 2003). La misión que la publicidad ejerce en los adolescentes, es pretender seducirles primero, conquistarles después, y dejar luego a la nicotina para que selle el madrinaje con su joven víctima, por tiempo indefinido (De la Cruz, 1998).

Nuestros estudiantes creen que *la publicidad del tabaco debería estar totalmente prohibida* (39,8%), lo cual resulta un dato relativamente bajo y demuestra cómo para ellos la publicidad no es un factor de riesgo en el mantenimiento de la “epidemia tabáquica” y viene a dar la razón a las estrategias de las compañías tabaqueras que han tratado tradicionalmente de desmarcar la publicidad como factor influyente del consumo. Es lógico que hasta cierto punto piensen así, ya que, al observar las campañas publicitarias, en las que el *glamour*, la vida sana, la exaltación del consumismo, y la independencia del joven, observen la realidad deformada que subyace detrás de este producto; no se contempla la nocividad del tabaco sobre la salud de los consumidores ni sus patologías asociadas o a la importante dependencia que

la nicotina genera sino que, paradójicamente, el cigarrillo se presenta como un símbolo de bienestar y libertad.

Observamos en los resultados que más de la mitad de nuestros alumnos no están de acuerdo con que las tabacaleras tengan que pagar a los fumadores por las enfermedades que causa el tabaco (54,2%), lo que resulta congruente con opiniones y encuestas realizadas en población general por medios de difusión cuando se han producido sentencias condenatorias en los Estados Unidos contra las empresas fabricantes de cigarrillos, ya que la opinión pública española no está sensibilizada acerca del papel maquiavélico que han jugado las tabaquerías a la hora de ocultar al público los daños del tabaco, ni sobre las maniobras que las mismas han diseñado para conseguir incrementar el consumo y la adicción a su letal producto.

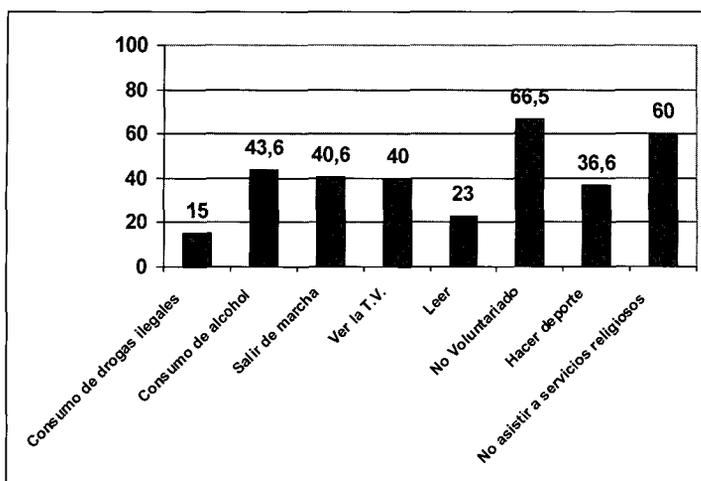
Respecto a un factor ampliamente discutido a lo largo de los últimos años en los medios de comunicación, mayoritariamente favorecido por las empresas fabricantes de tabaco, cuál es el “derecho” que asiste al fumador a consumir su producto, a pesar de las normativas vigentes en las que prevalece el derecho del no fumador frente al del fumador, en nuestros datos se aprecia que los estudiantes son partidarios de *habilitar zonas especiales para fumadores* (59,9%); sin embargo, cuando se les plantea la posibilidad de que no se fume en los recintos de la universidad, un porcentaje abrumadoramente mayoritario de ellos, tanto fumadores como no, 83,6%, comparten esta política restrictiva.

3.5. Tabaco y estilo de vida

Siendo los estilos de vida de los jóvenes universitarios un elemento de investigación que ha sido poco explorado hasta el momento en nuestro medio, nos preocupamos por conocer en qué emplean su ocio nuestros estudiantes y si sus estilos de comportamiento con respecto a hábitos nocivos estaban extendidos y si esto tenía alguna relación con el hecho de consumir o no tabaco, datos que no han sido constatados hasta ahora en este colectivo dentro de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. En la figura 3 podemos ver los porcentajes obtenidos por los estudiantes en los principales ítems de este bloque.

Figura 3

Estilos de vida de los estudiantes



Uno de los datos más interesantes para analizar desde el punto de vista de la salud pública, es el relativamente bajo perfil de consumo de drogas ilegales que tienen los estudiantes de nuestra muestra, ya que menos de un 15% de ellos utilizan habitualmente drogas prohibidas, siendo la marihuana la que resulta más común entre ellos, mientras que el resto de drogas exploradas tienen un consumo muy marginal.

Respecto al consumo de alcohol, investigaciones llevadas a cabo en nuestro medio por Segura (1999), demuestran que nuestros jóvenes tienen un patrón de consumo de alcohol muy similar al de otras comunidades españolas ya que es mayoritariamente un consumo restringido a los fines de semana. Lo que llama la atención en esta muestra es que casi la mitad de los encuestados, 43,6%, declaran beber alcohol de manera ocasional, aún cuando menos de un 5% reconocen un consumo continuado; pero cuando se les pregunta por el período de consumo, es en el fin de semana, cuando concentran el mismo. Un 40,6% de los estudiantes declaran salir de marcha o ir de discotecas los fines de semana, lo cual resulta congruente con el dato anterior en cuanto a la concentración del consumo de alcohol. Otro dato que puede justificar la importancia de la presión de grupo en estas edades y la trascendencia que ello tiene a la hora de favorecer un estilo de vida saludable u otro no saludable, incluido el estímulo para el consumo de sustancias nocivas para la salud, no olvidemos que el 41,8% de nuestros encuestados declaran haber empezado a fumar por la influencia de sus amigos, dato que sumado a que el 51,7% de los encuestados declaran reunirse con amigos de manera habitual

fuera de la casa condiciona un tipo de vida, lejos del control de los padres, que justifica la aparición de determinadas conductas.

Otro dato interesante a destacar respecto a la forma en que invierten su tiempo libre nuestros encuestados, es que siguen la misma pauta de consumo de televisión que las que presentan otros colectivos y grupos erarios, ya que casi un 40% de los mismos declaran ver televisión cada día, en detrimento de otras actividades, como la lectura diaria. Sólo el 23% reconocen practicarla.

Hay un grupo de datos, que son igualmente curiosos porque demuestran como no ha calado entre los jóvenes las labores de voluntariado que en otras sociedades occidentales son habituales en estas edades, ya que nunca participan en este tipo de actividades el 66,5% de ellos.

Una de las tradicionales maneras de emplear el tiempo libre entre los jóvenes ha sido la participación en actividades deportivas. Nuestros encuestados no se distinguen precisamente por su participación mayoritaria en estas acciones ya que sólo practican deporte de manera ocasional el 36,6%.

Un hecho que se constata en nuestra muestra, al igual que en otros estudios realizados en poblaciones adolescentes (Del Rey, 1998) es que los adolescentes se sienten alejados del hecho religioso; casi un 60% de la muestra declara no asistir nunca a servicios religiosos y sólo un 4,2% declaran hacerlo habitualmente.

3.6. Tabaco y prevalencia

Datos aportados por Calvo y Calvo (1999) demuestran que el consumo de tabaco en niños canarios empieza a los 11,4 años de media, lo cual resulta inferior a la media global de inicio de consumo del estado español que se sitúa alrededor de los 13 años. Este dato resulta similar al que aportamos en nuestra muestra, ya que el 7% de los estudiantes empezaron a fumar cuando tenían 10 años o menos, 37,7% a la edad de 11 a 14 años, el 38,7% de los 15 a 17 años. El que a partir de los 20 años apenas se den inicios en el consumo, justifica en cierta medida, nuestra intención de estudiar este segmento de edad y explica el porqué nuestra muestra fue recogida entre estudiantes de 3º curso de Licenciaturas y Diplomaturas.

Investigaciones llevadas a cabo por la OMS (1998) han demostrado que los jóvenes que optan por no fumar antes de los 20 años posiblemente no comenzarán a hacerlo cuando sean adultos, dato que resulta plenamente confirmado en nuestra investigación ya que el número de fumadores que declaran haber empezado después de esa edad es del 7,4%.

En 1994, el informe sobre el Tabaquismo y la Salud, presentado por el Director General de Salud Pública de los Estados Unidos, se concentró por primera vez en los jóvenes. Entre el 75% y el 90% de los fumadores adultos, comenzaron

a fumar antes de cumplir 18 años, lo que significaba que la adolescencia es una etapa decisiva para la prevención del uso de tabaco. Se estima que entre el 35% y el 50% de la gente joven que prueba, incluso unos pocos cigarros, llegarán a ser fumadores habituales en un periodo de 2 ó 3 años como media (*United States Department of Health and Human Services*, 1994). Cuando el adolescente fuma de manera regular se habitúa y cada vez más, incorpora y relaciona situaciones con el hecho de fumar, pasando del hábito a la adicción mediante el desarrollo de una necesidad fisiológica de nicotina que engancha y que dificulta la deshabituación.

En España, cerca del 40% de los niños de 13 años ya han consumido tabaco al menos una vez, y más del 15% admite fumar aunque sea de manera ocasional; a su vez la mayoría de los fumadores se convierten en dependientes antes incluso de cumplir los 18 años (Mendoza, Sagra, y Batista, 1994).

Respecto a la voluntad y motivación de nuestros estudiantes para dejar de fumar, se constata, al igual que en el resto de estudios de la literatura científica referidos a este tema, que para nuestros jóvenes dejar de fumar es una meta, ya que el 69% de los mismos declara su intención de abandono, pero no lo han intentado seriamente (42,2%). Entre las causas alegadas para el abandono destaca la decisión propia, lo cual se contrapone al hecho de considerar a la nicotina como sustancia muy adictiva, y de valorar, casi el 50% de ellos, al hábito tabáquico, no como una adicción o enfermedad sino como un vicio o un mal hábito, lo que demuestra una cierta ingenuidad frente a la capacidad de enganche de la nicotina.

Los estudiantes fumadores, parecen ser muy consonantes con su hábito ya que consideran que aún teniendo más información sobre el tabaco y sus consecuencias no dejarían el consumo, dato que aportan el 34,8% de la muestra. Si a este dato le añadimos el que el 40,7% de los alumnos creen poder dejar de fumar, simplemente cuando se lo propongan, corrobora nuestra afirmación anterior referida a la mezcla de desconocimiento e ingenuidad que presentan frente al poder adictivo de la nicotina.

4. CONCLUSIONES

De los resultados analizados se desprenden las siguientes conclusiones:

1. En general, la prevalencia de consumo de tabaco entre nuestros estudiantes es más baja que la de otras universidades españolas así como la de la población general.
2. El conocimiento sobre el poder adictivo de la nicotina es escaso entre nuestros estudiantes. Consideran más un vicio que una enfermedad el problema del tabaquismo.

3. Uno de los resultados más interesantes que hemos podido comprobar es que las mujeres fuman más que los hombres y la causa más frecuentemente alegada es la sociabilidad que ofrece el cigarrillo.
4. Los estudiantes de Ciencias de la Salud, son los que muestran una menor prevalencia de consumo y son los que apoyan mayoritariamente las medidas de restricción al tabaquismo.

Consideramos que esta línea de investigación que ahora abrimos deberá explorar en el futuro causas y efectos del mantenimiento de éste hábito en nuestra población universitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZAMAR, J.; ORTIZ, M. C. y BARRIOS, Y. (2001). Adicción al tabaco en menores en la ciudad de Xalapa. *Revista Servicios de Salud Pública de Veracruz*, 80, 25-27.
- BARRUECO, F. (2003). Prevención del tabaquismo en niños y jóvenes. Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. En J. R. Calvo y A. López (Eds.), *Tabaquismo* (pp. 371-396). Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- BARRUECO, M.; HERNÁNDEZ-MEZQUITA, M. A.; JIMÉNEZ, C. A.; VEGA, M. T. y GARRIDO, J. (1999). Anti-tobacco education in Spanish schools. *Allergologie et Immunopathologie*, 27, 188-194.
- BEST, J. A.; THOMSON, N., SANTI, L., y SMITH, R. (1998). Comparison of satiation and rapid smoking in self-managed smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 3, 71-78.
- BOTVIN, G. J., y TORTU, S. (1988). *Preventing adolescent substance abuse through life skills training*. Washington: American Psychological Association.
- BRINK, S.; SIMONS-MORTON, D. G.; HARVEY, C. M.; PARCEL, G. S. y TIERNAN, K. M. (1998). Developing comprehensive smoking control programs in school. *Journal of School Health*, 58 (5), 177-80.
- CALVO, J. R. y CALVO, J. (1999). *Tabaquismo: una realidad pediátrica*. Las Palmas de Gran Canaria: Tirma.
- ; CALVO, J.; CALVO, E.; LÓPEZ, A.; REPETTO, E.; SEGURA, J.; NAVARRO, M. C. y ACOSTA, V. (2002). Tabaquismo: contaminación publicitaria. *Anales Españoles de Pediatría*, 56 (6), 30-42.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (2000). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

- DE LA CRUZ, E. (1998). Publicidad, tabaco y adolescencia: el inicio del fin. *Viure en Salut*, 40, 16-17.
- DEL REY, J. (1998). Como cuidar la Salud. Su educación y promoción. En J. Del Rey y J. R. Calvo (Eds.), *Estilos de vida en adolescentes* (pp. 67-89). Madrid: Hartcourt Brace.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (2001). *Tabaquismo en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ESPAÑA. LEY ORGÁNICA 1/1990 de 3 de OCTUBRE DE ORDENACIÓN GENERAL DEL SISTEMA EDUCATIVO. Boletín Oficial del Estado, 4 de octubre de 1990, núm. 238.
- FAGERSTRÓN, K. O.; HEATHERTON, N. y KOZLOWSKI, A. (1990). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrón Tolerance Nicotine Questionnaire. *Journal Behaviere Medical*, 12, 159-182.
- GALÁN, I.; GARCÍA, N. y ZORRILLA, B. (2000). *Vigilancia del consumo de tabaco y su impacto en la mortalidad de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad.
- GARCÍA, T. (1993). Actitudes de los profesores sobre prevención. *Cuadernos de Pedagogía* 214, 16-18.
- HARKEN, J. (1987). Cigarette smoking as risk factor for sudden infant death syndrome: A population based study. *American Journal of Public Health*, 80, 29-32.
- HOFFMAN, D. y HOFFMAN, I. (1997). The changing cigarette, 1950-1995. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 50, 307-364.
- INSALUD (1998). *Encuesta sanitaria en personal sanitario y médico*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
- INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE DROGAS (2003). Madrid: Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (1998). *Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
- INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER (1994). *Tabaco y adolescentes*. Toronto: Instituto Nacional del Cáncer.
- JHA, P. y CHALLOUPKA, F. (2000). *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: University Press.
- JIMÉNEZ, C. (2003). Diagnóstico del tabaquismo. En J. R. Calvo, A. López (Eds.), *Tabaquismo* (pp. 443-455). Las Palmas de Gran Canaria; Servicio de Publicaciones de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- ; RUIZ, M. A.; RAMOS, A. y MEJÍAS, F. (1998). Tabaco y enfermedades respiratorias no tumorales. En E. Becoña (Ed.), *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (pp. 43-55). Barcelona: Glosa.

- KRANTZLER, N. J. y HINER, K. R. (1996). *Tobacco: Health Facts*. California: ETR Associates.
- LANTZ, P. M.; JACOBSON, P. D.; WARNER, K. E.; WAASSERMAN, J.; POLLACK, H. A. y BERSON, J. (2000). Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*, 9, 47-63.
- LÓPEZ, M. L.; COMAS, A.; HERRERO, P.; PEREIRO, S.; FERNÁNDEZ, M. y THOMAS, H. (2002). Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso. *Revista Española de Salud Pública* 72, 303-316.
- ; LÓPEZ, T.; COMAS, A.; HERRERO, P.; GONZÁLEZ, J. y CUETO, A. (1999). Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. *Revista Española de Salud Pública* 73, 343-353.
- MANTILLA, L. (1993). *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir para niños y adolescentes: introducción y directrices para facilitar el desarrollo e implementación de Programas de Habilidades para Vivir*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- MENDOZA, R.; SAGRERA, M. R. y BATISTA, J. M. (1994). *Los estilos de vida y la promoción de la salud*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001). Encuesta Nacional de Salud en España. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MURRAY, D. M.; PERRY, C. L.; GRIFFIN, G. y HARTY, K. C. (1992). Results from a Stetewide Approach to Adolescent Tobacco. Use Prevention. *Prevención Médica*, 21, 449-472.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). *Alma Alta 1978. Atención primaria de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (1983). *Estrategias contra el tabaquismo en los países en desarrollo. Serie de informes técnicos 695*. Ginebra: Informe de un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud.
- (1998). *Lucha contra el tabaquismo infantil y sida, nuevas prioridades*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (1999). *Tercer plan de actuación para una Europa sin tabaco 1997-2001*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (2001). *Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para la Lucha Antitabáquica*. Documento A/FCTC/INB/2. Informe Documento/2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1992). *Tabaco o salud: situación en las Américas*. Washington: Organización panamericana de la Salud.