

PROGRAMA DE DOCTORADO: PSICOLOGÍA DE LA SALUD. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN Y EFICACIA DE UNA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA ANTE EL CONSUMO DE
TABACO Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES DEL
MUNICIPIO DE ARUCAS**

Tesis Doctoral presentada por Dña. María Magdalena Marrero Montelongo

Dirigida por las doctoras: María del Carmen Navarro Rodríguez y María Milagros Torres García

La Directora,

La Directora,

La Doctoranda,

Las Palmas de Gran Canaria, veintiuno de diciembre de 2011

TESIS DOCTORAL

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ANTE EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE ARUCAS

MARÍA MAGDALENA MARRERO MONTELONGO

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

2011

A mi Gran familia, lo mejor de mi vida

Agradecimientos

- ✿ A la Dra. María del Carmen Navarro y a la Dra. Milagros Torres, por su asesoramiento, dedicación y paciencia. La calidad profesional y humana de ambas me ha acompañado durante este proceso, propiciando el empuje y apoyo para realizar y finalizar esta investigación.
- ✿ Al equipo directivo del IES Santiago Santana, por su implicación en este trabajo, mostrando en todo momento su colaboración, apoyo y entusiasmo. Por hacerme sentir como una más del equipo y saber que nuestra colaboración con el instituto no ha terminado.
- ✿ A los profesores del IES Santiago Santana por su gran cooperación y dedicación, permitiéndome con ello disfrutar de la experiencia de un trabajo participativo. La predisposición positiva a aceptar las propuestas en todo momento así como sus aportaciones profesionales me aportaron seguridad durante el desarrollo del trabajo.
- ✿ A los adolescentes de la promoción 2005/2009 del IES Santiago Santana, pues sin ellos no tiene sentido este trabajo. Por su aceptación, buena disposición, sinceridad, empuje, alegría y por hacer que continúe confiando en los valores de la juventud.
- ✿ A la Dra. Pilar Lainez, por su ánimo y apoyo al facilitar mi trabajo como secretaria y por compartir mis momentos de altibajos durante este largo proceso.
- ✿ A los profesores y equipos directivos del IES Arucas-Domingo Rivero e IES Bañaderos por su colaboración altruista.
- ✿ Al equipo de atención primaria del Centro de Salud de Arucas, por ceder los espacios para realizar las entrevistas grupales y por aportar generosamente sus opiniones en las entrevistas individuales. A Elsa Montesdeoca por abrirnos las puertas del centro y colaborar en la fase I de este trabajo.
- ✿ Al Dr. Pedro Saavedra, por su asesoramiento en el diseño y revisión en el análisis estadístico así como por el ánimo y entusiasmo manifestado en todo momento.
- ✿ A la Dra. Celia Fernández, por sus sesiones de formación en el Atlas ti, lo cual me facilitó enormemente este trabajo.
- ✿ Al Departamento de Enfermería y a la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria por proporcionar los recursos para la realización de esta investigación.
- ✿ A Rosario de la Coba por estar siempre ayudando a que todo sea más fácil.
- ✿ A Manolo, Jose y Edu Díaz por ser sufridores en casa, robándoles muchas horas de su tiempo con la familia.
- ✿ Finalmente, a mi familia, a Pedro, mi mejor amigo y compañero, por estar siempre ahí, por su empuje, por cubrir mis ausencias debidas a este trabajo..., y por su colaboración en el diseño gráfico que ha permitido optimizar la presentación del trabajo. A Eduardo y Alberto por darme cariño, tener paciencia y por su asesoramiento en la terminología adolescente. Por supuesto, a trufu que me ha acompañado durante mis largas jornadas delante del ordenador.

ÍNDICE

Índice de figuras.....	18
Índice de tablas.....	20
1. MARCO TEÓRICO	24
1.1. IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA SALUD	25
1.1.1. Estilos de vida.....	27
1.1.2. El consumo de tabaco y la salud	29
1.1.2.1. Efectos derivados de los componentes del humo del tabaco.....	29
1.1.2.3. Patrón del consumo de tabaco	35
1.1.3. El consumo de alcohol y la salud.....	38
1.1.3.1. Efectos derivados del consumo de alcohol	38
1.1.3.3. Tipos de consumo de alcohol	42
1.1.3.4. Patrón de consumo de alcohol.....	43
1.2. LA ADOLESCENCIA Y EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL.....	46
1.2.1. Características generales de la adolescencia	46
1.2.2. Consumo de tabaco en la adolescencia.....	48
1.2.2.1. Patrón de consumo de tabaco en adolescentes	49
1.2.3. Consumo de alcohol en la adolescencia.....	54
1.2.3.1. Patrón de consumo de alcohol en adolescentes.....	56
1.2.4. Determinantes del consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia.....	61
1.2.4.1. Valoración de los factores individuales determinantes de las conductas en los jóvenes	63
1.2.4.2. Valoración de los factores microsociales determinantes de las conductas en los jóvenes	71

1.2.4.3. Valoración de los factores macrosociales determinantes de las conductas en los jóvenes.....	79
1.3. INTERVENCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA.....	85
1.3.1. Estrategias de actuación.....	85
1.3.2. Modelos explicativos de la conducta que sustentan la educación para la salud...	89
1.3.3. Intervención educativa en el contexto escolar.....	93
1.3.3.1. Sistema educativo.....	95
1.3.3.2. Promoción y Educación para la salud en la escuela.....	96
1.3.3.2. Agentes implicados en la promoción y educación para la salud.....	103
1.3.3.4. Metodología de las intervenciones educativas.....	108
1.4. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS.....	110
1.4.1. Eficacia.....	110
1.4.2. Intervenciones educativas eficaces, sobre tabaco y alcohol realizadas en población adolescente.....	114
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	127
2. OBJETIVOS.....	129
2.1. FASE I: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN.....	130
2.1.1. Objetivo general.....	130
2.1.1.1. Objetivos específicos.....	130
2.2. FASE II: EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	130
2.2.1. Objetivo general.....	130
2.2.2. Objetivos específicos.....	130
3. SUJETOS Y MÉTODOS.....	131
3.1. FASE I: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN.....	132

3.1.1. Diseño	132
3.1.2. Población	132
3.1.3. Fuentes de obtención de datos.....	132
3.1.4. Instrumentos de recogida de los datos	133
3.1.4.1. Técnica de grupo focal	133
3.1.4.2. Cuestionario	134
3.1.4.3. Entrevista individual	135
3.1.5. Trabajo de campo.....	136
3.1.5.1. Etapa inicial	136
3.1.5.2. Etapa de obtención de la información para el diagnóstico	136
3.1.6. Descripción de las categorías y variables principales.....	141
3.1.6.1. Dimensiones y categorías	142
3.1.6.2. Variables.....	145
3.1.7. Informatización y depuración de los datos.....	147
3.1.7.1. Datos obtenidos mediante técnicas cualitativas.....	147
3.1.7.2. Datos obtenidos mediante el cuestionario	148
3.1.8. Análisis de los datos	149
3.1.8.1. Análisis del discurso.....	149
3.1.8.2. Análisis estadístico.....	149
3.1.9. Consideraciones éticas	150
3.2. FASE II: EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	151
3.2.1. Diseño	151
3.2.2. Población	151
3.2.3. Instrumento de recogida de los datos.....	154

3.2.4. Trabajo de campo.....	154
3.2.4.1. Diseño e implementación de la intervención educativa.....	154
3.2.4.2. Medición de la eficacia de la intervención educativa.....	156
3.2.5. Descripción de las variables principales	157
3.2.6. Informatización y depuración de los datos.....	157
3.2.7. Análisis estadístico	157
3.2.7.1. Análisis univariante.....	157
3.2.7.2. Análisis de correspondencias	157
4. RESULTADOS.....	160
4.1. FASE I. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN	161
4.1.1. Patrón de consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes del municipio de Arucas.....	161
4.1.1.1. Prevalencias de consumo.....	161
4.1.1.2. Pautas de consumo.....	163
4.1.1.3. Experiencias previas	166
4.1.1.4. Consumo de riesgo	169
4.1.1.5. Características del consumo.....	173
4.1.2. Factores determinantes del consumo de tabaco y alcohol	178
4.1.2.1. Factores individuales	178
4.1.2.2. Factores microsociales.....	231
4.1.2.3. Factores macrosociales.....	268
4.2. FASE II: EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA	276
4.2.1. Características sociodemográficas	276
4.2.2. Variables primarias.....	276

4.2.3. Variables secundarias	277
4.2.4. Variables terciarias	284
5. DISCUSIÓN	290
5.1. FASE I. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN	291
5.1.2. Discusión de los resultados.....	295
5.1.2.1. Patrón de conducta	295
5.1.2.2. Características del consumo.....	306
5.1.2.3. Factores individuales	309
5.1.2.4. Factores microsociales.....	323
5.1.2.5. Factores macrosociales.....	334
5.2. FASE II. EFICACIA	343
5.2.1. Discusión de los resultados.....	345
5.2.1.1. Eficacia de la intervención según la modificación de la conducta	346
5.2.1.2. Eficacia de la intervención educativa según los determinantes de la conducta	350
5.2.1.3. Eficacia de la intervención educativa según la metodología aplicada en la intervención.....	353
6. CONCLUSIONES.....	365
6.1. Fase I: Diagnóstico de la situación	366
6.2. Fase II: Eficacia de la intervención educativa	368
7.- BIBLIOGRAFIA	369
7.1. BIBLIOGRAFÍA.....	370
8.- ANEXOS	404

Índice de figuras

Figura 1.	Comparación entre la distribución de la mortalidad según el modelo epidemiológico y la distribución de los gastos federales en el sector de la salud en Estados Unidos, periodo 1974-1978.	26
Figura 2.	Evolución del consumo de tabaco entre los jóvenes de 14 - 18 años en España...	51
Figura 3.	Evolución del consumo de alcohol entre los jóvenes de 14 - 18 años en España..	58
Figura 4.	Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol, percepción del riesgo entre los jóvenes (consumir 5 o 6 cañas/copas en fin de semana) y prevalencia de borracheras.	69
Figura 5.	Población de adolescentes.....	132
Figura 6.	Características de los participantes en cada grupo.	137
Figura 7.	Características de los grupos focales realizados.....	139
Figura 8.	Diseño y población.....	152
Figura 9.	Cronograma de trabajo.....	156
Figura 10.	Distribución de la población fumadora y bebedora según curso.....	162
Figura 11.	Distribución de la población fumadora según pauta de consumo de tabaco por curso.....	164
Figura 12.	Distribución de la población según consumo de alcohol por curso.	166
Figura 13.	Distribución de la población según sus experiencias previas con el tabaco y el alcohol por curso.....	168
Figura 14.	Distribución de la población según edad de experimentación con el tabaco y el alcohol por curso.....	168
Figura 15.	Distribución de la población según el consumo de riesgo por curso	171
Figura 16.	Distribución de la población según consumo intenso por curso.....	171

Figura 17.	Distribución del lugar en el que se consume alcohol.	175
Figura 18.	Distribución del lugar en el que se consume tabaco.	177
Figura 19.	Distribución de la intención de abandonar el tabaco.	212
Figura 20.	Distribución de la intención de abandonar el alcohol.	219
Figura 21.	Distribución de la intención de abandonar la borrachera.	219
Figura 22.	Distribución de las personas responsables de la primera invitación a fumar.	235
Figura 23.	Distribución de las personas responsables de la primera invitación a beber.	236
Figura 24.	Análisis de correspondencias para la representación simultánea de las categorías relacionadas con el tratamiento y los comportamientos.	283
Figura 25.	Comparación de las prevalencias de fumadores de nuestro estudio con otros trabajos.	296
Figura 26.	Comparación de las prevalencias de bebedores de nuestro estudio con otros trabajos.	296



Índice de tablas

Tabla 1.	Posibles niveles de coordinación en un proyecto de promoción y educación para la salud y responsabilidades propias de cada nivel.....	101
Tabla 2.	Fuentes de información, métodos y técnicas.....	133
Tabla 3.	Características principales del trabajo de campo de los grupos focales.....	138
Tabla 4.	Características principales del trabajo de campo de la entrevista individual a los profesionales sanitarios	140
Tabla 5.	Características principales del trabajo de campo de la entrevista individual a los docentes	141
Tabla 6.	Cronograma del trabajo de campo de la fase I: Diagnóstico de la situación	141
Tabla 7.	Sistema de categorización de las entrevistas semiestructuradas de los grupos focales	142
Tabla 8.	Sistema de categorización de las entrevistas semiestructuradas de las entrevistas individuales.....	144
Tabla 9.	Sistema de variables del cuestionario.....	145
Tabla 10.	Distribución de los criterios para determinar la homogeneidad del centro educativo	153
Tabla 11.	Resultados de la selección grupo intervención y grupo control	153
Tabla 12.	Distribución de la población según consumo de tabaco y alcohol por género....	161
Tabla 13.	Distribución de la población según consumo de tabaco y alcohol por curso	162
Tabla 14.	Distribución de la población según pauta de consumo de tabaco por género	163
Tabla 15.	Distribución de la población según pauta de consumo de tabaco por curso	163
Tabla 16.	Distribución de la población según pauta de consumo de alcohol por género ...	165
Tabla 17.	Distribución de la población según pauta de consumo de alcohol por curso.....	165

Tabla 18.	Distribución de la población según sus experiencias previas con el tabaco y el alcohol por género	167
Tabla 19.	Distribución de la población según sus experiencias previas con el tabaco y el alcohol por curso.....	167
Tabla 20.	Distribución de la población según consumo de riesgo de alcohol por género...	170
Tabla 21.	Distribución del patrón de riesgo de consumo de alcohol, según curso	170
Tabla 22.	Distribución de la población según la edad media del consumo de riesgo de alcohol y género.....	172
Tabla 23.	Distribución de la población según la edad media del consumo de riesgo de alcohol por curso.....	172
Tabla 24.	Distribución del tipo de bebidas alcohólicas que consumen los jóvenes, según género.	173
Tabla 25.	Distribución de la población según los conocimientos relacionados con el tabaco y el alcohol por género	179
Tabla 26.	Distribución de la población según los conocimientos relacionados con el tabaco dependiendo de su condición de fumador	179
Tabla 27.	Distribución de la población según los conocimientos relacionados con el alcohol dependiendo de su condición de bebedor	180
Tabla 28.	Distribución de la población según las creencias relacionadas con el tabaco y el alcohol por género	190
Tabla 29.	Distribución de la población según las creencias relacionadas con el tabaco dependiendo de su condición de fumador.....	190
Tabla 30.	Distribución de la población según las creencias relacionadas con el alcohol dependiendo de su condición de bebedor.....	191
Tabla 31.	Distribución de la población según las actitudes relacionadas con el tabaco y el alcohol por género	194

Tabla 32.	Distribución de la población según las actitudes relacionadas con el tabaco dependiendo de su condición de fumador.....	195
Tabla 33.	Distribución de la población según las actitudes relacionadas con el alcohol dependiendo de su condición de bebedor.....	195
Tabla 34.	Distribución de la población según los motivos para iniciar el consumo de tabaco por género.....	206
Tabla 35.	Distribución de la población según los motivos para iniciar el consumo de tabaco dependiendo de su condición de fumador	207
Tabla 36.	Distribución de la población según los motivos para continuar con el consumo de tabaco por género	209
Tabla 37.	Distribución de la población según los motivos para continuar el consumo de tabaco dependiendo de su condición de fumador	209
Tabla 38.	Distribución de las capacidades percibidas relacionadas con el tabaco y el alcohol, según género	221
Tabla 39.	Distribución de la población según la disponibilidad de dinero dependiendo de la condición de fumador o bebedor	227
Tabla 40.	Distribución de la población según el consumo de tabaco y alcohol en su entorno.....	231
Tabla 41.	Distribución de la población según el consumo de tabaco en su entorno dependiendo de su condición de fumador.....	232
Tabla 42.	Distribución de la población según el consumo de alcohol en su entorno dependiendo de su condición de bebedor.....	232
Tabla 43.	Distribución de las variables sociodemográficas según grupo intervención y grupo control.	276
Tabla 44.	Distribución del consumo de tabaco y alcohol según grupo intervención y grupo control	277

Tabla 45.	Distribución del consumo de tabaco y alcohol según género en el grupo intervención y grupo control	277
Tabla 46.	Distribución del patrón de consumo de tabaco en el grupo intervención y grupo control	278
Tabla 47.	Distribución del patrón de consumo de alcohol de riesgo en el grupo intervención y grupo control	279
Tabla 48.	Distribución del patrón de consumo de alcohol de riesgo según género, en el grupo intervención y grupo control	279
Tabla 49.	Distribución de las experiencias previas con el tabaco y el alcohol en el grupo intervención y grupo control	280
Tabla 50.	Distribución de las medias de edad de experiencias previas con el tabaco y el alcohol en el grupo intervención y grupo control.....	281
Tabla 51.	Tabla de Burt para los tres factores que se asocian con la intervención en la cohorte de mujeres.....	282
Tabla 52.	Análisis de correspondencia: componentes principales segunda y tercera	282
Tabla 53.	Distribución de la percepción de los jóvenes sobre el consumo de tabaco y alcohol de las personas de su entorno, según grupo intervención y grupo control	284
Tabla 54.	Distribución del tipo de bebidas alcohólicas que consumen los jóvenes, según grupo intervención y grupo control	285
Tabla 55.	Distribución de los conocimientos relacionados con el tabaco y el alcohol, según grupo intervención y grupo control	286
Tabla 56.	Distribución de las creencias relacionados con el tabaco y el alcohol, según grupo intervención y grupo control	287
Tabla 57.	Distribución de las actitudes relacionadas con el tabaco y el alcohol.....	288
Tabla 58.	Distribución de las capacidades percibidas relacionadas con el tabaco y el alcohol, según grupo intervención y grupo control	289

1. MARCO TEÓRICO



La preocupación por mejorar el nivel de salud de las comunidades ha sido una constante a lo largo de la historia^{1,2,3}. No obstante y de manera paradójica su enfoque predominante ha estado dirigido a dar respuesta a las enfermedades en lugar de potenciar la salud como tal. Por este motivo, probablemente una de las poblaciones más olvidadas por las autoridades sanitarias ha sido la constituida por los adolescentes, debido a que habitualmente no demandan atención sanitaria. En este sentido y dado que por un lado existe suficiente evidencia acerca del papel predominante de los estilos de vida en la salud y que por otro es un hecho reconocido que la mayoría de los hábitos se instauran en la adolescencia, las acciones dirigidas a aumentar el nivel de salud en este grupo de edad se han de basar fundamentalmente en la promoción de estilos de vida saludables. Por este motivo en las últimas décadas se ha comenzado a desarrollar y evaluar la eficacia de intervenciones dirigidas a fomentar la adquisición de hábitos sanos en este tipo de población.

1.1. IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA SALUD

La salud individual y colectiva de la población está condicionada por la interrelación de múltiples factores y determinantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el proceso de salud de los individuos o poblaciones⁴. A partir de que en 1974 Marc Lalonde publicara el informe Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses⁵, se abre un amplio campo de trabajo que profundiza en los determinantes de la salud recogidos en dicho documento y que estudios^{6,7} posteriores reafirman. Según Lalonde, los determinantes de la salud se podrían agrupar en cuatro grandes bloques: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención de salud.

La biología humana incluye todos los aspectos relacionados con la herencia genética de la persona, los ritmos biológicos, los procesos de maduración y envejecimiento y los diferentes aparatos internos y sistemas del organismo (constitución, carga genética, crecimiento y desarrollo, y envejecimiento).

El medio ambiente comprende todos los elementos externos a la persona y sobre los cuales se tiene poco o ningún control a nivel individual (contaminación física, química, biológica, psicológica y sociocultural).

Los estilos de vida constituyen el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control (consumo de drogas, sedentarismo, alimentación inadecuada, mala utilización de los servicios socio-sanitarios).

Por último, la organización de la atención de la salud hace referencia a la cantidad, calidad, orden e índole de los servicios sanitarios, así como a las relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de los mismos (beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas, ratio de los profesionales de la salud, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia).

Este informe es el resultado de un amplio estudio epidemiológico sobre los factores que condicionan la morbilidad y la mortalidad de los canadienses, y cuyo análisis aporta la proporción en que cada uno de estos determinantes incide en su salud. Así pone de manifiesto la influencia de la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida en un grado de importancia comparable al del sistema sanitario. En consecuencia, resulta fundamental la planificación de acciones dirigidas a potenciar la salud trabajando dichos determinantes. Por otro lado, el análisis del gasto económico en salud, evidencia la desproporción existente entre el grado de influencia de cada uno de los determinantes y las inversiones destinadas a los mismos^{5,6,7} (Figura 1).

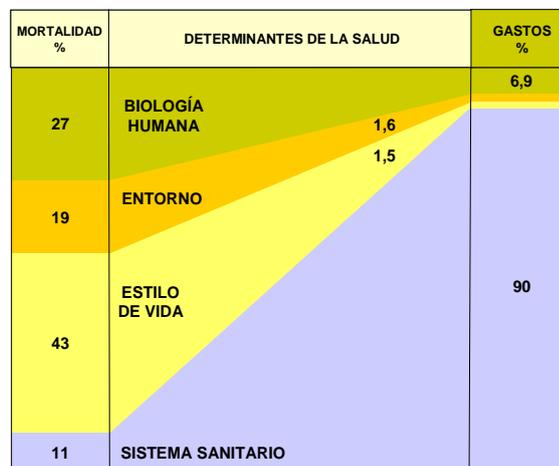


Figura 1. Comparación entre la distribución de la mortalidad según el modelo epidemiológico y la distribución de los gastos federales en el sector de la salud en Estados Unidos, periodo 1974-1978⁶

La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades de ofrecer las actividades dirigidas a favorecer los otros determinantes⁸. Estudios en la misma línea han sido llevados a cabo en muchos países, con resultados similares^{9,5,6}. Las conclusiones de estos trabajos obligan a un replanteamiento de las políticas en materia de salud, que valoren además de la atención sanitaria, el medio ambiente y los estilos de vida como factores decisivos en la salud individual y colectiva¹⁰.

1.1.1. Estilos de vida

La OMS define estilo de vida como un modo general de vida en un sentido amplio, que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales⁴. Un estilo de vida se puede entender, desde una óptica más sociológica, como el modo cómo se vive, ya que actúa como una función propia de las características individuales que se van moldeando y formando a través de la interacción social conforme transcurre la vida de una persona. De modo que el estilo de vida recibe la influencia de los valores, las características sociodemográficas, la clase social, los grupos de referencia, la familia y las características individuales como las motivaciones, las emociones y los rasgos de personalidad.

Al hacer mención a los patrones conductuales se hace referencia a las formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábitos cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones¹¹. En consecuencia, el estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio y ayuda a añadir años a la vida y vida a los años¹². En contraposición, se encuentra el estilo de vida de riesgo. Teniendo en cuenta que son numerosas las definiciones posibles de la palabra riesgo, la OMS la define como probabilidad de un resultado adverso¹³, por ello un factor de riesgo se define como una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos de individuos asociada con la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Al extender el concepto a estilo de vida de riesgo se entiende el conjunto de patrones conductuales, incluyendo tanto conductas activas como pasivas, que suponen una amenaza y

que acarrear directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen seriamente aspectos del desarrollo del individuo.

La evidencia científica de la influencia del estilo de vida y las conductas de salud en la calidad de vida de las personas ha quedado patente en estudios internacionales y nacionales^{14,15,16,17,18,19,20,21,22,23}. En el Informe sobre la salud de 2002 de la OMS¹³, se identifican los diez riesgos mundiales más importantes por la carga de morbilidad que originan. Esos diez factores son la insuficiencia ponderal; las prácticas sexuales de riesgo; la hipertensión arterial; el tabaquismo; el alcoholismo; el agua insalubre, el saneamiento y la higiene deficientes; la carencia de hierro; el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados; la hipercolesterolemia; y la obesidad. El informe demuestra que este número relativamente pequeño de factores da lugar a una proporción muy considerable de la carga de morbilidad y a más de la tercera parte de toda la mortalidad mundial.

En el Informe mundial sobre riesgos para la salud de 2009³⁴ se reduce a cinco el número de factores de riesgo que de forma directa o indirecta provocan más muertes en todo el mundo: el alcohol, la malnutrición, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión arterial y la falta de higiene. Dichos factores de riesgo son responsables de 1 de cada 4 fallecimientos, es decir, del 25% de los 60 millones de fallecimientos que se producen cada año. Tal es así, que su prevención conllevaría a un aumento de cinco años de la esperanza de vida global. Por otro lado, informa que hasta ocho factores de riesgo son responsables por sí solos de más del 75% de los casos de cardiopatía, la principal causa de muerte a escala mundial. Dichos factores son el consumo de alcohol, la hiperglucemia, el tabaquismo, la hipertensión arterial, un índice de masa corporal elevado, la hipercolesterolemia, una baja ingesta de frutas y verduras y la falta de actividad física. Es notorio que la mayoría de los factores de riesgo examinados en estos estudios guardan estrecha relación con los hábitos de vida y las conductas de salud. En el informe anual del 2010 de la OMS que aborda las estadísticas sanitarias mundiales²⁴ se reafirma la necesidad de continuar trabajando para hacer frente a factores de riesgo como el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol para reducir el impacto socioeconómico de las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

En los siguientes apartados se profundiza en el consumo de tabaco y alcohol que actualmente son las drogas más consumidas entre la población²⁵ y se detallan las características, la evolución y el patrón de consumo de dichos hábitos.

1.1.2. El consumo de tabaco y la salud

El tabaco existe desde hace siglos, pasando a lo largo de su historia por múltiples formas de consumo, representaciones simbólicas y utilidades. El consumo masivo se produce a partir del siglo XVI y en el siglo XVII su cultivo ya es universal. La industrialización del tabaco en 1875 junto con la alta producción derivada de la mejora en las técnicas de cultivo y procesado del tabaco, la alta distribución y las importantes campañas publicitarias, hacen que la venta y el consumo de tabaco se disparen, contribuyendo a la generalización mundial del hábito de fumar²⁶. Este hábito se convierte en una costumbre agradable y desarrollada tanto por hombres como por mujeres y pasa a constituir un símbolo de modernidad²⁷. Sin embargo, el concepto de tabaquismo ha evolucionado mucho en las últimas décadas. En los años 60 era considerado como un hábito, pasó a ser considerado dependencia en los 70, el tabaquismo fue enunciado como una adicción a mediados de los 80 y durante los años 90 se instauró la clínica del fumador²⁸, no existiendo actualmente ninguna duda de que es un producto altamente tóxico para la salud.

1.1.2.1. Efectos derivados de los componentes del humo del tabaco

Los efectos perjudiciales derivados del consumo de tabaco comenzaron a percibirse a principio del siglo XX. Desde los años cincuenta, a partir del artículo elaborado por Richard Doll y Bradford Hill²⁹, no han dejado de acumularse las evidencias científicas sobre la asociación del consumo de tabaco con un exceso del riesgo de mortalidad por numerosas causas principalmente por cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, algunos tipos de leucemia y otros procesos^{18,19,30,31}. Al contrario que en otros problemas de salud como la hipertensión o el colesterol, con el tabaquismo no hay un gradiente claro de respuesta a la dosis, debido a que por razones de susceptibilidad individual y fisiopatológicas no hay un umbral seguro de exposición. Incluso bajas cantidades, como 1 a 4 cigarrillos diarios se asocian a aumentos significativos de mortalidad por enfermedad cardiovascular, ello confirma que no existe un umbral por debajo del cual no haya riesgo³².

Como contrapartida, los riesgos de enfermedad disminuyen al dejar de fumar y continúan descendiendo mientras se mantiene la abstinencia³³. Más de 70.000 estudios científicos⁹, permiten afirmar que el consumo de tabaco constituye en los países desarrollados el problema más importante de salud pública, susceptible de ser prevenido y potencialmente erradicado.

El consumo de tabaco es la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematuras prevenibles en los países desarrollados y una causa cada vez más importante en el resto del mundo¹⁴. En los países en desarrollo, las estimaciones son poco esperanzadoras y para el año 2030 se prevé que siete de cada diez defunciones asociadas con el tabaco ocurrirá en los mismos^{34,35}.

El tabaquismo es el responsable de la muerte de uno de cada diez adultos en el mundo, lo que equivale a 6 millones de fallecimientos cada año³⁶, causando un 12% de muertes en hombres y un 6% de muertes en mujeres¹⁴. Constituye la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, siendo el principal factor de riesgo de al menos dos de las primeras causas de mortalidad prematura, enfermedad cardiovascular y cáncer³⁷. Globalmente, al tabaquismo se le atribuye un 71% de cáncer de pulmón, un 42% de enfermedad respiratoria crónica y cerca de un 10% de enfermedad cardiovascular³⁷.

En la región europea, la OMS informa que el tabaco ocasiona 1,6 millones de muertes anuales, cifra que de no adoptarse medidas más restrictivas, alcanzará los 2 millones en el año 2020³⁵ (20% del total de fallecimientos). Por otro lado, las estimaciones más optimistas señalan que en Europa pueden fallecer cada año unas 50.000 personas no fumadoras por exposición involuntaria al humo del tabaco³⁸.

En España³⁹, se ha llegado a atribuir al tabaco el 4,5% de los ingresos hospitalarios anuales y el 6,3% de las consultas extrahospitalarias. En el año 2006, 58.573 personas (45.028 varones y 13.545 mujeres) fallecieron por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, es decir, cada día fallecen 161 personas por dicho hábito (124 hombres y 37 mujeres). Todo ello, equivale al 16,15% de la mortalidad (23,94% en varones; 7,76% en mujeres)³⁵, sufriendo un incremento respecto a años anteriores a costa del aumento de la mortalidad atribuible a las mujeres que ha pasado de unas 4.600 a 13.545 muertes. Según la causa, las muertes atribuibles se distribuyeron en 25.500 neoplasias malignas, 19.117 enfermedades cardiovasculares y 13.956 enfermedades respiratorias. Los años potenciales de vida perdidos

(APVP) fueron 211.251,8 (176.765,3 en varones y 34.486,5 en mujeres), constituyendo el 21,54% del total de APVP en individuos mayores de 35 años. El cáncer de tráquea-bronquios-pulmón fue la principal causa de APVP atribuibles al tabaco³⁵.

Casi todo el efecto pernicioso del tabaco se debe a su combustión y la producción de humo de tabaco. Cada vez que el fumador hace una aspiración del cigarrillo, la temperatura de combustión llega a unos 900°C, y se genera la denominada corriente principal de humo o corriente primaria que contiene numerosas sustancias vaporizadas junto con partículas mayores y radicales libres. Se han identificado más de 4.500 sustancias diferentes, la mayor parte de ellas con efectos tóxicos para el organismo con consecuencias sanitarias y económicas relevantes⁴⁰. Destacan entre otros, la nicotina, el monóxido de carbono, las sustancias oxidantes y los alquitranes²⁶.

- La nicotina es un alcaloide muy tóxico, con un poder adictivo comparable al de otras sustancias psicoactivas como la cocaína o la heroína, ocasionando tolerancia, dependencia física y dependencia psicológica. Hasta comienzo de los años 70 no aparecieron las primeras publicaciones mostrando la evidencia de su capacidad adictiva⁴¹. Dada la corta vida media de la nicotina, de 30 a 120 minutos, la persona fumadora necesita constantemente el consumo de cigarrillos. Una vez inhalada, la nicotina tarda aproximadamente siete segundos en atravesar la superficie alveolar de los pulmones, entrar en la corriente sanguínea y alcanzar el cerebro, pudiéndose encontrar en tan solo 20 segundos en las arterias más distales de las extremidades inferiores. Ninguna otra droga, ni siquiera administrada vía intravenosa llega con tanta rapidez al sistema nervioso central, y en ello radica su gran capacidad adictiva, pues consigue el máximo efecto en el menor tiempo. La nicotina desde la sangre periférica va a actuar sobre los distintos órganos y dependiendo del sistema sobre el que actúe desempeñará funciones simpaticomiméticas o parasimpaticomiméticas. Así en el sistema cardiovascular, debido a su actividad simpaticomimética genera incremento de la frecuencia cardíaca, incremento de la tensión arterial, incremento de la vasoconstricción cutánea y disminución de la temperatura corporal; en el sistema gastrointestinal debido a su actividad parasimpaticomimética produce náuseas, vómitos, diarreas, hipersalivación; en el sistema endocrino-metabólico incrementa la liberación de cortisol, adrenocorticotropina ACTH, argipresina ADH, hormona del crecimiento GH, incremento del metabolismo graso, incremento del gasto energético; y en el sistema

nervioso central produce estimulación del córtex cerebral, del núcleo ceruleus y del sistema dopaminérgico mesolímbico^{26,41}.

- El monóxido de carbono (CO) es un gas muy tóxico que interfiere en el transporte y aprovechamiento del oxígeno. Una vez inhalado el CO, se mezcla con el aire alveolar pulmonar, atraviesa la barrera alveolocapilar y penetra en la sangre. El CO desplaza al oxígeno de forma competitiva en su unión con la hemoglobina, formando carboxihemoglobina (COHb) con una afinidad de unas 200 veces superior a la del oxígeno, impidiendo su llegada para la adecuada oxigenación de los tejidos. Todo ello origina una falta de oxígeno a nivel celular. Esta situación se ve incrementada por la capacidad del CO de combinarse con la mioglobina, pudiendo reducir el paso del oxígeno a las mitocondrias de las fibras musculares, especialmente del músculo cardíaco. Por último, la hemoglobina fetal tiene aún más afinidad por el CO que la del adulto. Un aumento de la COHb durante el embarazo reduce el peso del feto y aumenta la mortalidad neonatal^{26,41}.

La COHb es la responsable de una gran parte de la patología asociada al consumo de tabaco, sobre todo aquella que atañe a la pared vascular. Así, la COHb puede producir necrosis y degeneración hidrópica de las miofibrillas de la capa muscular de las arterias, ello conduciría a cambios fibróticos de la pared vascular, lo que ocasionaría un incremento del depósito de lípidos en estas zonas fibróticas produciendo la aparición de placas de ateroma. Otros efectos de CO en la enfermedad coronaria son la interferencia con la oxigenación del miocardio, el incremento de la viscosidad de las plaquetas y, en casos de cantidades elevadas de COHb, lesiones focales en las fibras cardíacas y degeneración mitocondrial. Por todo ello se considera el responsable fundamental de los efectos cardiovasculares del tabaco^{26,41}.

- Las sustancias oxidantes del humo del tabaco entre las que destacan los fenoles, los ácidos orgánicos, la benzoquinona, el peróxido de hidrógeno, la acroleína, el amoníaco, los aldehídos y el ácido cianhídrico, son responsables de los fenómenos inflamatorios de la mucosa de las vías respiratorias. Cada vez se consideran más importantes los radicales libres del humo del tabaco al ser compuestos oxidantes capaces de existir de manera independiente. Estos poseen uno o más electrones no apareados, cualidad que les infiere una gran inestabilidad y en consecuencia una alta reactividad que les lleva al colisionar con una biomolécula a la sustracción de un electrón, oxidándola y haciéndola perder su función

específica en la célula⁴². La carga oxidante de los componentes del humo del cigarrillo sobrecarga la capacidad antioxidante del espacio alveolo-intersticial, dando lugar a la acción proteolítica, la peroxidación lipídica, la ruptura de cadenas de ADN, la modificación de sus bases, el aumento intracelular de Ca^{+2} libre y en ciertos casos, la apoptosis o necrosis⁴³. La exposición excesiva a estas sustancias como ocurre en el caso de los fumadores, afecta principalmente al árbol bronquial y a las vías aéreas periféricas y alveolos, derivando en una alteración de las defensas pulmonares, lo cual se une al efecto inflamatorio, produciendo tos, incremento de la mucosidad y de las enfermedades del aparato respiratorio, como faringitis, bronquitis aguda, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otros.

- Los alquitranes son una mezcla de distintas sustancias formadas durante la combustión del papel del cigarrillo y en menor grado de la del tabaco. Cada partícula de alquitrán está compuesta por una enorme variedad de productos químicos orgánicos e inorgánicos y su importancia radica en su participación activa como generadora de alteraciones cancerígenas. Entre los alquitranes derivados de la combustión del tabaco que están más implicados en la génesis del cáncer, destacan los hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP), siendo los más abundantes de la pirólisis tabáquica y considerados como los carcinógenos y co-carcinógenos por excelencia²⁶.

En el 80% de los casos de carcinoma de pulmón de células pequeñas se encuentra la mutación p53 y se sabe que la mutación de este oncogén se debe a las sustancias carcinógenas del tabaco⁴⁴. No obstante, la aparición de la célula tumoral se debe a la interacción de varias sustancias que actúan mediante distintos mecanismos fisiológicos y no como resultados de una única sustancia. En este proceso juega también un papel esencial la depresión inmunitaria, describiéndose diversas alteraciones inmunitarias provocadas por el humo del tabaco, que hacen que el pulmón del fumador* sea más susceptible a las neoplasias. En consecuencia el humo del tabaco está asociado a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad bucal, faringe, esófago y vejiga, entre otros⁴⁵.

* Para facilitar la lectura y sin existir ningún tratamiento sexista del lenguaje, ni intención de discriminación, se utilizan las formas "fumador, bebedor, alumno, profesor, enfermera..." aludiendo a ambos géneros. Sin embargo, en los análisis según género, sí se realiza esta diferenciación.

Entre los compuestos químicos que constituyen el humo del cigarrillo, hay que distinguir los procedentes del humo de la corriente primaria y los de la corriente secundaria. La corriente primaria es el conjunto de gases y partículas que el fumador inhala mediante una inspiración profunda a través de la boquilla del cigarrillo y el humo exhalado por el fumador durante las bocanadas, representando el 25% del total. La corriente secundaria está formada por el conjunto de gases y partículas que se produce durante la combustión espontánea del cigarrillo y que sale por el extremo encendido y por la boquilla, representando el 75% restante²⁶.

La diferencia sustancial entre ambas corrientes es el grado de combustión de la materia orgánica que tiene lugar en ellas. Al fumar se hace pasar el aire a través de la zona incandescente del cigarrillo, el humo originado entonces (corriente principal) procede de una combustión con mayor contenido en oxígeno y al propio tiempo filtrado en su recorrido a lo largo del propio cigarrillo. Por el contrario, el humo de la corriente secundaria se produce a partir de una combustión espontánea, es decir, a menor temperatura y con menos oxígeno y por ello con mayor contenido de desecho. Las diferencias en la combustión hacen que algunos componentes que se presentan en forma de partículas en la corriente principal pueden presentarse como gases en la corriente secundaria, como es el caso de la nicotina, alcanzando áreas más profundas del sistema broncopulmonar⁴⁶. Los estudios realizados en los últimos años han puesto de manifiesto que la concentración de determinados componentes tóxicos es superior en la corriente secundaria²⁶.

A principios de los años ochenta aparecen informes científicos que ponen de manifiesto que el tabaco no solo es peligroso para aquellos que lo consumen activamente, sino que también lo es para aquellos que se ven sometidos al humo del tabaco ambiental, surgiendo el concepto de fumador pasivo²⁶. Fumador pasivo es aquel que está expuesto involuntariamente al humo ambiental del tabaco, en el hogar, en el medio laboral y en los lugares públicos en general. La exposición al aire contaminado por el humo del tabaco (ACHT), está formado por una mezcla de humo de la corriente secundaria del cigarrillo y de la corriente principal espirada. Se calcula que un sujeto no fumador expuesto al ACHT inhala un 2% del humo que inhala el fumador que lo genera. La exposición pasiva supone un riesgo potencial de enfermedad que constituye en los países desarrollados la tercera causa de muerte evitable, después del tabaquismo activo y del consumo de alcohol. Diversos meta-análisis demuestran

que la ACHT se asocia causalmente con el cáncer de pulmón⁴⁷ (más de 40 estudios⁹) y con la enfermedad cardíaca isquémica, accidente cerebrovascular y asma. Las estimaciones más optimistas señalan que en Europa pueden fallecer unas 50.000 personas que no fuman cada año por exposición involuntaria al humo del tabaco³⁸. En el adulto destacan los mismos efectos derivados de los componentes del humo de la corriente primaria: eleva los niveles sanguíneos de monóxido de carbono y carboxihemoglobina reduciendo el transporte de oxígeno a los tejidos y contribuyendo al desarrollo de cardiopatía coronaria; afecta desfavorablemente los sistemas neuroendocrino e inmunitario; aumenta la agregación plaquetaria incrementando el riesgo de coagulación sanguínea en las arterias coronarias y cerebrales. En el niño destaca la muerte súbita del lactante, alteración de la función respiratoria, infecciones respiratorias, asma, neoplasias y otitis media⁴⁸.

1.1.2.3. Patrón del consumo de tabaco

La valoración de la situación del tabaquismo viene determinada principalmente por la definición de fumador aportada por la OMS, para la que un fumador es aquel que ha fumado diariamente u ocasionalmente durante los últimos 30 días⁴⁹. Se complementa dicha valoración con datos sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida, en los últimos doce meses y el número de cigarrillos consumidos al día.

En el contexto internacional, si bien en algunos países el consumo de tabaco se ha estabilizado e incluso ha comenzado a disminuir (principalmente en la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá), a nivel mundial, cada vez hay un mayor número de fumadores y los que fuman, fuman más cigarrillos⁴⁷. La proporción de fumadores diarios presenta una gran variación entre los diferentes países incluso entre países vecinos. Los países con prevalencia más baja son Suiza, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Irlanda y Portugal, todos con menos del 20% de fumadores diarios. Destaca Grecia con el mayor porcentaje de fumadores, un 40%³⁷.

Muchos países de la Unión Europea han registrado notables avances en lo que respecta a la reducción del consumo de tabaco. Este descenso puede ser fruto de las políticas nacionales y europeas que promueven las campañas de sensibilización de la opinión pública, la prohibición de la publicidad y mayores impuestos. Actualmente, menos del 18% de los adultos de Islandia y Suecia fuman a diario, frente al 30% que lo hacía en 1980. No obstante, Grecia

persiste con un índice de tabaquismo muy alto, seguido de Bulgaria, Irlanda y los Países Bajos. La prevalencia de fumadores de la Unión Europea es del 24,2%³⁶. España es uno de los países de la Unión Europea que presenta una prevalencia de consumo por encima de la media, tanto en hombres como en mujeres. Aunque la tendencia descendente es similar en toda Europa, la prevalencia de fumadores en España es aun alta^{50,51}.

En España, la visión global de la situación y las tendencias de los problemas relacionados con el consumo de drogas en general la ofrece el Observatorio Español sobre Drogas⁵². Para ello recoge información procedente de diversas fuentes destacando la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)²⁵ en población de 15-64 años, de forma bienal. Otra fuente de información es la Encuesta Nacional de la Salud (ENS)⁵³, realizada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, también de realización bienal, que aporta, entre otros datos, información sobre las características y distribución de ciertos comportamientos y hábitos en población de 16 y más años. Recientemente, en el 2009, dicha encuesta se ha incorporado a la Encuesta Europea de la Salud (EES)⁵⁴, realizando una adaptación del formato de la encuesta española a los requerimientos del proyecto europeo de la encuesta de salud.

Según los datos de la EES-09⁵⁴, en España, el tabaquismo es un factor de riesgo muy prevalente. El 26,2% de la población de 16 y más años afirma fumar a diario, el 3,7% es fumador ocasional, el 20,4% se declara exfumador y el 49,7% nunca ha fumado. Según género, el porcentaje de fumadores diarios es del 31,2% en los hombres y del 21,3% en las mujeres. Sin embargo según EDADES 2009²⁵ dicha prevalencia es algo superior, así un 31,8% afirma ser fumador diario y la diferencia entre hombres y mujeres es 36,1% y 27,4% respectivamente.

En los años más recientes se ha producido un importante descenso del consumo, especialmente entre los hombres de 35-64 años, y entre la población más joven (15-34 años), lo que puede tener relación con las medidas puestas en marcha para reducir el consumo. Sin embargo, hay signos de agotamiento del efecto de dichas medidas pues se observa una tendencia a la estabilidad tanto a nivel global como por géneros. Incluso en EDADES²⁵ la evolución de la prevalencia de consumo de la población de 15-64 años que continuaba descendiendo en 2007, en 2009 sufre un ligero ascenso (34,9% en 1997, 32,8% en 2005, 29,6% en 2007 y 31,8% en 2009). Concretamente, se percibe un aumento de la prevalencia de

fumadores diarios en ambos géneros y en todos los grupos de edad excepto entre las mujeres de 15-34 años.

La evolución del porcentaje de población que consume tabaco a diario según género, desde 1993 a 2006 (ENS-06)⁵³ muestra que se ha producido un continuo descenso en el porcentaje de hombres fumadores diarios. En mujeres, hay que destacar que, desde el año 2003, parece que se ha invertido la tendencia ascendente en el porcentaje de mujeres fumadoras diarias. Así, mientras que en 1993 fuma un 32,1% de la población (44,0% de los hombres y 20,8% de las mujeres) y en 2001 ese porcentaje es de 31,7% (39,2% de los hombres y 24,7% de las mujeres), en 2006 es del 26,4% (31,6% de los hombres y 21,5% de las mujeres). En la ENS-06 respecto a los jóvenes de 16 a 24 años el porcentaje de mujeres fumadoras supera al de los hombres en esta edad (28,9% de las mujeres frente al 25,0% de los hombres). Este porcentaje se invierte en la EES-09⁵⁴ en España (23,5% de las mujeres frente al 28,9% de los hombres), volviendo de nuevo la tendencia de mayor porcentaje de consumidores entre los hombres que entre las mujeres. En EDADES²⁵ nunca se percibe el incremento entre las mujeres.

En la EES-06⁵³ se aborda por primera vez en nuestro país el tabaquismo pasivo, publicando la EES-09⁵⁴ que el 11,4% de las personas declaran haber estado expuestas en distinta medida al humo del tabaco en su lugar de trabajo, el 24,5% en su casa y el 40% en medios de transporte y lugares públicos cerrados.

En nuestra Comunidad Autónoma y según los datos de la Encuesta de Salud de Canarias 2009 (ESC)⁵⁵, la prevalencia de fumadores es superior a la de la media nacional en su totalidad y según género. El 28,43% de la población de 16 y más años afirma ser fumador, el 15,96% se declara exfumador y el 55,61% nunca ha fumado. Al comparar estos resultados con los hallados en el año 2004, se observa una reducción de 3,23% en el número de fumadores. Atendiendo al consumo por género en 2009, se mantiene la tendencia procedente desde el 2004 de una mayor prevalencia de consumo entre los hombres y de un descenso similar entre hombres y mujeres. Tan solo el grupo de mujeres fumadoras de 45 a 64 años rompe la tendencia descendente.

1.1.3. El consumo de alcohol y la salud

La integración del alcohol en nuestra cultura es tan intensa que impregna las creencias e influye en la configuración de determinadas conductas. La aceptación social y cultural que han disfrutado las bebidas alcohólicas en nuestro país han facilitado la consolidación de unas actitudes frente a su consumo dominada por la enorme tolerancia social hacia el mismo y que han contribuido sin duda a la expansión de su ingesta. Además, la industrialización en la producción y la globalización del marketing y la promoción han incrementado a nivel mundial el consumo y el daño asociado al mismo.

1.1.3.1. Efectos derivados del consumo de alcohol

El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos. Lo que determina los efectos del alcohol sobre el organismo es la concentración de etanol en sangre y ello depende de los procesos fisiológicos que se suceden durante el transcurso del alcohol por el organismo, desde que se ingiere hasta que se elimina. El consumo de alcohol está asociado con una variedad de consecuencias sociales y sanitarias adversas. Por un lado, incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de manera dosis dependiente. Entre los daños causados destaca el deterioro de las relaciones familiares, abuso de menores⁵⁶, reducción de la productividad laboral, conducta agresiva⁵⁷, accidentes por conducir en estado de embriaguez⁵⁸, delitos e incluso homicidios⁵⁹. La probabilidad de ocasionar daño a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos en que se advierta consumo de alcohol tanto perjudicial como de riesgo⁶⁰.

En cuanto a las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol constituye un factor causal en más de 60 tipos de enfermedades y lesiones^{17,61}. Es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos⁶² (psicosis alcohólica, síndrome de dependencia del alcohol) y otras enfermedades como las enfermedades cardiovasculares^{14,17,61,62}, la cirrosis hepática^{61,62,63} y diversos tipos de cáncer^{62,64}. Causa también trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, lesiones intencionales y no intencionales⁶⁵, trastornos reproductivos⁶⁶, muerte súbita del lactante⁶⁷ y daños congénitos⁶¹. El uso nocivo del alcohol también está relacionado con varias enfermedades infecciosas como el VIH/Sida^{68,69}, la tuberculosis y la neumonía⁶⁰. El alcohol incrementa el riesgo de estas

enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un umbral para su aparición⁷⁰. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos.

Los episodios de consumo agudo derivan en complicaciones no menos graves. Las estructuras más afectadas son las del Sistema Nervioso Central. Esto puede producir una progresiva pérdida de las capacidades funcionales de los distintos centros de control y coordinación del movimiento y el habla, de la percepción sensorial, del nivel de alerta, de los ciclos sueño-vigilia, de la temperatura corporal, y hasta de la propia respiración, en relación directa con el nivel de alcoholemia alcanzado. La ingestión de pequeñas cantidades de bebida alcohólica genera trastornos moderados en la ejecución de habilidades mentales complejas y en la coordinación motora. Conforme aumenta la alcoholemia, disminuyen las habilidades neurológicas, produciéndose simultáneamente una menor percepción de riesgo con una sobrevaloración de las propias capacidades⁷¹.

La intoxicación etílica no es sinónimo de consumo excesivo episódico, dicha respuesta se puede producir, aún con un nivel bajo de consumo⁶⁰. La intoxicación se define como un estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de alcohol en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas⁷².

La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos efectos incluyen el deseo intenso de consumir alcohol, la dificultad para controlar el consumo, la persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, la priorización del consumo frente a otras actividades y obligaciones⁷³.

El consumo de alcohol representa una de las principales causas de muerte, enfermedades y accidentes evitables en la mayoría de los países del mundo⁶². Se estima que en el 2004, el uso nocivo del alcohol causa aproximadamente 2,5 millones de muertes en un año, correspondiendo una proporción considerable de ellas a personas jóvenes (320.000 muertes entre la población de 15 a 29 años). Datos más recientes muestran como el uso nocivo de alcohol es responsable del 3,8% de la mortalidad mundial⁶⁵ (6,2% de muertes en hombres y 1,1% en mujeres), destacando los países de la Europa del Este y América Latina con el mayor porcentaje de muertes atribuidas al consumo nocivo de alcohol¹⁴. La relativa baja

proporción de muertes en los países de la Europa Occidental, a pesar del alto nivel de consumo de alcohol en estos países, se puede explicar por los patrones de consumo y la estructura por edad.

Al uso nocivo de alcohol se le atribuye un 21,6% de fallecimientos por cáncer, un 16,6% por cirrosis hepática, un 14% por enfermedades cardiovasculares y un 6% por trastornos neuropsiquiátricos⁶¹.

Los efectos a largo plazo del consumo de alcohol en la salud se analizan mediante el cálculo de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) ya que las lesiones y las enfermedades causadas por el alcohol contribuyen enormemente a la discapacidad general en los campos sociales, psicológicos, físicos y ocupacionales⁶⁵. El uso nocivo de alcohol es el responsable del 4,5% de la carga mundial de morbilidad¹⁴ y del 7,4% de AVAD en hombres y del 1,4% en mujeres⁶¹. Está considerado un importante factor de riesgo de los trastornos neuropsiquiátricos con un efecto sobre la carga de morbilidad más pronunciado que sobre el efecto de la mortalidad. Aproximadamente un 39% de los AVAD por trastorno neuropsiquiátrico son causados por el alcohol en comparación con el 6% de las muertes causadas por dicho trastorno. Esta circunstancia es debida a que el uso nocivo de alcohol causa a este nivel mayor discapacidad y menor mortalidad que las enfermedades crónicas no psiquiátricas⁶². Al uso nocivo de alcohol se le atribuye un 9,6% de AVAD por cirrosis hepática, un 8,1% por cáncer y un 6,2% por enfermedades cardiovasculares y diabetes⁶¹.

Europa tiene la proporción más alta de muertes prematuras de todas las regiones del mundo debidas al alcohol (6,5%), destacando una mayor proporción entre los hombres (11,0% hombres; 1,8% mujeres). La misma situación se produce al analizar la carga de morbilidad con un 10,9% de AVAD (19,2% en hombres y 3,7% en mujeres)⁶². En los últimos años, en Europa se está desarrollando una crisis económica que probablemente está exacerbando el daño relacionado con el alcohol. Se ha producido un incremento en más de un 3% de desempleados y se ha asociado con el incremento de un 28% de muertes relacionadas con el uso nocivo de alcohol⁷⁴.

La mortalidad relacionada con el alcohol en España en 2004⁷⁵ es de 2,3%; 3,2% en hombres y 1,2% en mujeres. La Comunidad Autónoma de Murcia, con el 2,9% de mortalidad junto a las de Andalucía, Canarias, País Vasco y Asturias, alcanzan los mayores porcentajes de

mortalidad. Durante el 2004, se perdieron 118.411 APVP⁷⁶, 4 veces más en varones, y la media por cada muerte atribuible al consumo de alcohol es de 22,6 años (34,7 años en Ceuta y 20,2 años en Asturias). Las causas agudas (el 68,0% de los APVP) y en particular los accidentes no intencionales (el 47,9% de la APVP) son los que más contribuyen a la mortalidad prematura relacionada con el consumo de alcohol en España.

Existe una gran controversia respecto a los efectos beneficiosos de un consumo moderado de alcohol y la enfermedad coronaria. Numerosos estudios de casos y controles y de cohortes muestran que el consumo moderado de bebidas alcohólicas se asocia a menor mortalidad cardiovascular⁷⁷. Entre los cambios bioquímicos que pueden reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular destacan la mejora del perfil lipoproteico al elevar el cHDL, sus efectos antitrombóticos al inhibir la agregación plaquetaria y reducir la coagulación⁷⁸ así como sus efectos antiinflamatorios en la pared arterial⁷⁹. Dichos cambios son independientes del tipo de bebida alcohólica⁸⁰ que se consuma, debiéndose tanto a los polifenoles como al etanol⁸¹. Diversos meta-análisis^{77,78} muestran que una dosis pequeña de alcohol reduce el riesgo cardiovascular en determinadas personas, aunque aún está en debate cuál ha de ser el tamaño de dicha dosis para que resulte beneficiosa para la salud y qué tipo de personas son las que obtendrían dicho beneficio. Aunque actualmente el consumo moderado se entiende como una copa de cualquier bebida equivalente a 10 g/día de alcohol puro en las mujeres y dos copas (20g/día) en los hombres, no implica que dicho consumo esté exento de riesgo. Existe consenso al considerar que por encima de 20 g de alcohol, el riesgo de enfermedad coronaria aumenta. Es importante tener en cuenta que los efectos del alcohol, respecto a la reducción de riesgo, son solo relevantes en personas de mediana edad y en adultos mayores, que tienen riesgo de padecer enfermedades cardíacas, aunque existe la preocupación de que el efecto, o parte de él, pueda ser explicado por problemas de medición y factores de confusión que no han sido debidamente controlados en todos los estudios⁸². De hecho, las evidencias sobre el posible efecto protector del alcohol sobre el riesgo cardiovascular proceden de estudios observacionales y no es posible descartar totalmente que los resultados se deban a la asociación del consumo de alcohol con el nivel socioeconómico y otros hábitos de vida⁸³.

El riesgo de muerte derivado del alcohol es el resultado del balance entre el incremento del riesgo de enfermedades y lesiones asociadas al mismo y su debatida disminución del riesgo cardiovascular. Este balance demuestra que, el consumo de alcohol no

está exento de riesgos. El nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de muerte para mujeres menores de 65 años, es cero o cercano a cero, e inferior a 5 g/día de alcohol para mujeres de 65 años o más de edad. En los varones, el nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de muerte en menores de 35 años es cero, en edades medias es aproximadamente 5 g/día y en varones de 65 años o más es menos de 10 g/día⁸².

En contraposición, ingerir grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión aumenta el riesgo de arritmias cardíacas, isquemias miocárdicas, infartos y muerte súbita de origen coronario^{84,85,86}.

Reducir el consumo de alcohol o evitarlo por completo aporta beneficios a la salud. Todos los riesgos se pueden revertir si se elimina el consumo de alcohol. Aún en el marco de las enfermedades crónicas, como la cirrosis hepática y la depresión, la reducción o la suspensión del consumo de alcohol se ve asociada a una rápida mejoría de la salud⁸².

1.1.3.3. Tipos de consumo de alcohol

Habitualmente el contenido de alcohol de las distintas bebidas alcohólicas se expresa en términos de graduación alcohólica (porcentaje de alcohol puro contenido en un volumen total de 100 mL). Con el fin de determinar la cantidad de alcohol que se ingiere, es preciso transformar la graduación alcohólica, en gramos de alcohol absoluto. Dada la gran cantidad de bebidas alcohólicas, y las distintas posibilidades de su consumo, se ha establecido el término de unidad de bebida estándar (UBE)⁸⁷. Básicamente con la UBE, se quiere indicar el contenido habitual de alcohol absoluto en una consumición tipo y es muy utilizado para simplificar la medición del consumo de alcohol. Aunque la medida puede ser inexacta, su nivel de precisión es suficientemente bueno para recomendarlo como método para calcular el consumo en distintos ámbitos⁸². Sin embargo, la UBE difiere de un país a otro e incluso en la mayoría de los países se acuerda por consenso, sin que existan estudios científicos previos. En Europa y en España, concretamente, una UBE contiene 10 gramos de alcohol, mientras que en Estados Unidos y Canadá contiene entre 13 y 14 gramos de alcohol⁸⁸. Se recomienda firmemente que cada país desarrolle sus propios cálculos sobre bases empíricas, tanto del tamaño, como de la graduación alcohólica de las bebidas para poder utilizar categorías en las diversas encuestas y que sean aproximadamente equivalentes en gramos reales de alcohol⁶⁰.

La clasificación según el tipo de consumo, aunque no es homogénea en todas las bases de datos, de manera generalizada para población adulta se puede estructurar en los siguientes tipos:

- Consumo de riesgo: es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 g a 40 g diarios de alcohol (2-4 UBE) en mujeres y de 40 g a 60 g diarios (4-6 UBE) en varones⁷⁰.

- Consumo perjudicial: se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como el consumo regular promedio de más de 40 g de alcohol al día (+ de 4 UBE) en mujeres y de más de 60 g al día (+ de 6 UBE) en hombres⁷⁰.

- Consumo excesivo ocasional o episódico o esporádico (también llamado *binge drinking* o atracón) que resulta particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo de por lo menos 60 g de alcohol (6 UBE) en una sola ocasión^{73,89}.

1.1.3.4. Patrón de consumo de alcohol

La medición de la situación del consumo de alcohol viene determinada principalmente por la identificación de consumo de riesgo, consumo perjudicial y consumo excesivo ocasional, para lo que se han desarrollado test diagnósticos de fácil empleo⁸².

Una quinta parte de la población europea, mayor de 15 años, es consumidora intensa de alcohol, lo que supone que Europa, en su conjunto es la región del mundo con mayor proporción de este tipo de bebedores. Asimismo, el consumo excesivo esporádico es alto y se ha generalizado en todos los grupos de edad⁶³. Sin embargo, en las últimas décadas, ha descendido el consumo de alcohol en muchos países europeos. Se ha demostrado que las restricciones de la publicidad y venta y el aumento de los impuestos son medidas efectivas para reducir el mismo. En países vitivinícolas tradicionales como España, Francia o Italia, el consumo de alcohol ha descendido mucho desde 1980. En cambio, aumentó considerablemente en otros países, como por ejemplo Irlanda, Reino Unido y algunos países nórdicos³⁷. A través de Europa se distingue una gran disparidad en la proporción de abstemios,

destacando la alta proporción de abstemios en Turquía (aproximadamente un 94%) en comparación a la población de abstemios de Dinamarca (aproximadamente un 5%)⁶³.

La mayoría de la población española consume bebidas alcohólicas esporádicamente o habitualmente. Según EDADES⁵² y EES09⁵⁴ la proporción de personas que bebe diariamente es bastante reducida, siendo más elevada entre los hombres, especialmente entre los de 35-64 años. De hecho, en 2009, ha bebido diariamente en los últimos 30 días un 11,0% (EDADES) y un 13,0% (EES09) de la población de 15-64 años. La diferencia de género en 2007 es un 15,3% de los hombres y un 4,8% de las mujeres.

Según los datos obtenidos en la EES09⁵⁴, el 39,1% de la población ha consumido ocasionalmente alcohol, es decir, menos de una vez por semana en el último año, el 35,4% no ha consumido y el 12,6% lo ha hecho varias veces por semana. El 9,1% de la población declara consumir alcohol de manera intensa al menos una vez al mes, haciéndolo con más frecuencia los hombres que las mujeres (10,5% frente 6,3%) diferencia que apenas se aprecia entre el 5,0% de la población que declara consumir semanalmente. Este patrón de consumo es mucho más frecuente entre los más jóvenes, de hecho, el 20,6% de las personas de 16 a 24 años beben alcohol de manera intensiva al menos una vez al mes, y la mitad de ellos al menos una vez por semana (11,4%).

Según EDADES⁵², en 2009 un 63,3% de la población de 15-64 años ha bebido alguna vez en los últimos 30 días, concentrándose el consumo en el fin de semana, especialmente en el caso de los más jóvenes de 15-34 años. La cerveza/sidra son las bebidas consumidas por un mayor número de personas tanto en fines de semana como en días laborales, seguida del vino/champán. El consumo de combinados/cubatas le sigue muy de cerca durante el fin de semana, siendo después de la cerveza el tipo de bebida consumida por un mayor número de jóvenes de 15-34 años. Son bastante frecuentes los episodios de intoxicación etílica aguda, especialmente entre los jóvenes. Así, datos del 2009, un 23,1% de la población se ha emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses (67% de los hombres y 33% de las mujeres) y el 14,9% hizo *binge drinking* (70% hombres y 30% mujeres), especialmente los hombres entre 15-34 años.

En la población de 15-64 años⁵² la tendencia temporal (1997/2009) de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual demuestra un patrón

estable apreciándose, no obstante, un ligero repunte de consumo con respecto a 2007. En 2009 se observa una tendencia ascendente de las borracheras en ambos sexos y grupos de edad.

En EDADES 2009/2010²⁵ se realizó por primera vez la identificación de riesgo/perjudicial y presencia de dependencia. A un 7,4% de las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida se les puede atribuir un consumo de riesgo/perjudicial, lo que supondría 2 millones de personas (1.320.000 hombre y 680.000 mujeres). Respecto a la presencia de dependencia, un 0,3% de las personas que ha consumido alcohol alguna vez en la vida muestran posible dependencia, lo que supondría 90.000 personas (75.000 hombres y 14.400 mujeres).

Respecto a la percepción del riesgo de consumo de alcohol, del 2007 al 2009, se aprecia que aumenta para el consumo diario de 5-6 copas (91,4%) y disminuye para el consumo experimental (alguna vez en la vida) de 5-6 copas los fines de semana (45%)⁵².

1.2. LA ADOLESCENCIA Y EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

A continuación, en este apartado se profundiza en las características que definen a la población adolescente objeto de estudio, así como en los patrones conductuales relacionados con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas desarrollados por los mismos. También se describen los efectos derivados de dicho consumo. La modificación de estos hábitos requiere en primer lugar una valoración integral de los factores que influyen en el desarrollo de una conducta, por ello en este apartado también se analiza la literatura existente que describe la situación de dichos factores en la población adolescente.

1.2.1. Características generales de la adolescencia

La adolescencia es un periodo importante de crecimiento y de maduración del ser humano, es un periodo de transición de la niñez a la edad adulta. Además es una etapa de importantes cambios físicos, intelectuales y afectivos. Es el periodo en el que se empiezan a tomar las primeras decisiones independientes, a practicar elecciones y a acumular aprendizajes necesarios para llegar a ser persona adulta autónoma en todos los aspectos⁹⁰.

El acuerdo existente en cuanto a la definición de adolescencia no se mantiene a la hora de establecer sus límites con total exactitud. Así, para algunos autores comienza con el inicio de la pubertad y termina en la segunda década de la vida, estableciendo incluso diferentes etapas^{91,72}:

- La primera adolescencia o adolescencia temprana (10-14 años) en la cual los jóvenes crecen de prisa, física, intelectual y sexualmente y tienen que adaptarse a dichos cambios.
- La adolescencia media (15-19 años) que implica alcanzar la autonomía psicológica de sus padres, convertirse en personas seguras de sí mismas, implicarse en las relaciones con sus compañeros, lograr consolidar amistades íntimas, ampliar las relaciones y afrontar la sexualidad.
- La adolescencia tardía o juventud (20-24 años) que es cuando adquieren un sentido razonablemente claro y coherente de la identidad personal en relación con los demás, comienzan a elaborar algunos roles sociales, sistemas de valores y sus objetivos vitales. Es el periodo de la creación de la identidad personal.

Sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Unión Europea han venido utilizando el tramo de edad entre los 15 y 24 años a efectos estadísticos, considerando adolescentes a las personas hasta los 19 años y jóvenes adultos a partir de los 20 años. Debido a que las consideraciones etarias van cambiando por razones culturales y según las generaciones, la edad límite superior se ha ido ampliando hasta los 30 años, siendo utilizado dicho rango cada vez más por instituciones internacionales y españolas^{52,92}.

Otros autores determinan unos márgenes más amplios e incluso más flexibles, ya que si bien su inicio podría estar determinado por el comienzo de la pubertad, la finalización dependerá de los logros físicos, psíquicos y socioculturales alcanzados⁹³.

Todo ello exige a los adolescentes una adaptación a su nueva situación, adaptación que generalmente se realiza de forma adecuada y satisfactoria, aunque no por ello exenta de desequilibrios y a veces conflictos. Estos cambios se producen en todos los ámbitos de la persona y en los distintos niveles de relación que los adolescentes mantienen (familia, grupo de iguales, centro educativo...). Entre los múltiples cambios que los jóvenes manifiestan podemos reseñar:

- Desarrollo de una mayor integración social con el grupo de compañeros de su misma edad, vinculada a un proceso de emancipación respecto a la familia. Pasan a depender del grupo de referencia, despegándose del grupo de pertenencia⁹⁴.
- Construcción de la propia identidad personal mediante el establecimiento de una identidad individual y social. Viven intensamente para sí mismos, elaborando con cierto narcisismo esa identidad. El adolescente necesita de un reconocimiento y aceptación para formarse un concepto positivo de sí mismo⁹⁵.
- Aparición de ideas, actitudes y valores propios. Se adquiere una moral autónoma, en la que las normas surgen de la relación de reciprocidad y cooperación⁹⁶.
- Maduración cognitiva, produciéndose importantes cambios intelectuales y la posibilidad de trabajar con operaciones lógico-formales. Ello le conduce a un pensamiento más abstracto, más hipotético y más crítico⁹⁵.

Se estima que una de cada cinco personas de la población mundial actual, es decir, 1.200 millones de personas son adolescentes⁹⁷. La idea general es que los adolescentes están sanos y que la adolescencia es un periodo de relativa salud y baja mortalidad. Han sobrevivido a las enfermedades de la infancia y los problemas del envejecimiento están todavía lejos. Se caracterizan por la baja prevalencia de enfermedades infecciosas y crónicas, pero con altos riesgos para la salud asociados con el uso indebido de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y lesiones accidentales e intencionales. Muchas muertes prematuras de adultos se deben a comportamientos iniciados durante la adolescencia, casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocia a enfermedades y comportamientos que comenzaron en su juventud, incluidos obviamente el consumo de tabaco y alcohol⁹⁷. Es un hecho que esta etapa es crítica para la formación de sus hábitos y actitudes, por ello las decisiones que adopten hoy influirán en su salud como adultos. Negarle la educación en salud a estas edades podría ser un grave error⁵. Por todo ello, la educación que reciban debe ayudarles a desarrollar y afianzar el razonamiento hipotético deductivo propio de esta etapa, a construir su identidad, a aceptar su propio cuerpo y a aceptar un autoconcepto positivo con un aceptable nivel de autoestima. El aprendizaje de toma de decisiones, la resistencia a la presión de grupo, así como la promoción de valores y hábitos saludables deberán ser otros de los objetivos educativos a conseguir⁹⁶.

A pesar de poder describir rasgos comunes para este conjunto, la población joven es un grupo social muy diverso, cuya situación socioeconómica, familiar y formativa, sus creencias, valores, actitudes, expectativas y estilos de vida difieren considerablemente, lo que la convierte claramente en una población heterogénea. Esta diversidad representa un reto para el diseño de intervenciones educativas y sanitarias eficaces y efectivas⁹⁰.

1.2.2. Consumo de tabaco en la adolescencia

La gran mayoría de los consumidores de tabaco que hay en el mundo adquirieron el hábito en la adolescencia⁹⁷. Teniendo en cuenta que el tabaco es una droga, uno de los principales efectos que ocasiona su consumo en este periodo es el inicio de la dependencia. Los fumadores jóvenes adquieren el hábito y se convierten en adictos antes de alcanzar la edad adulta. Diversos estudios^{98,99} describen que cuanto más se retrasa el inicio del tabaquismo, menos probabilidades hay de que la persona se convierta en adicta. Se ha

calculado que la mitad de los chicos adolescentes nuevos fumadores fumará al menos 16 años, mientras que las chicas adolescentes fumarán al menos 20 años. Dicha adicción les dificulta el abandono de la conducta tabáquica, incrementándole, por un lado las probabilidades de padecer los problemas de salud asociados a la misma, a corto y largo plazo y por otro, aumentándole el riesgo de consumo de otras drogas, al considerar que el consumo de tabaco puede actuar como puerta de entrada¹⁰⁰.

Aunque los efectos inmediatos del consumo de tabaco no se visualizan con tanta evidencia como los del alcohol, el tabaquismo genera problemas a corto plazo destacando los episodios de tos y sibilancias, la sensación de ahogo, el aumento de las secreciones respiratorias, el incremento de la susceptibilidad y de la gravedad de las enfermedades respiratorias (mayor frecuencia de procesos gripales y resolución más dificultosa; bronquitis y neumonía), la agudización del asma, las alergias, las enfermedades del oído medio, las posibles discapacidades neurológicas del comportamiento, la reducción de la forma física y la disminución de la función pulmonar^{98,101,102,103}. En relación con este último problema, se ha demostrado que el inicio temprano del consumo de tabaco induce un descenso de los parámetros de la función pulmonar, más marcado en el género femenino, que se proyecta hasta la edad adulta¹⁰⁴.

1.2.2.1. Patrón de consumo de tabaco en adolescentes

Los aspectos más relevantes que determinan que la población joven tiene problemas con el tabaco se centran en la identificación del patrón de consumo en los siguientes términos: frecuencia de consumo, número de unidades consumidas a diario, edad de inicio y evolución del patrón de consumo. Aunque dichas variables difieren según la base de datos de procedencia.

El hábito de fumar suele iniciarse en la adolescencia. Más que un hecho simple es un proceso en el que el adolescente se mueve desde la experimentación hasta la consolidación, para llegar al final al consumo regular que caracteriza el tabaquismo del adulto¹⁰⁵. Se calcula que cada día empieza a fumar entre 82.000 y 99.000 jóvenes¹⁰⁶, que unos 150 millones de jóvenes consumen actualmente tabaco en el mundo⁹⁷ y que esa cifra está aumentando a nivel mundial, especialmente entre las mujeres jóvenes. La mitad de esos consumidores morirán prematuramente como consecuencia de ello⁹⁷.

El estudio sobre los hábitos de vida relacionados con la salud de los adolescentes, *Health Behaviour in School Aged Children (HBSC)*¹⁰⁷, permite obtener información sobre el consumo de tabaco de los jóvenes a nivel internacional. Las encuestas HBSC se vienen realizando en intervalos de cuatro años desde 1982. El número de países participantes ha ido creciendo, alcanzando en el año 2006 la cota de 43 países occidentales, con una representación mayoritaria europea, entre los que se encuentra España. La población estudia a los jóvenes de 11, 13 y 15 años escolarizados.

En el estudio HBSC 2002¹⁰⁸, el 84% de los jóvenes comunica que no fuma. Aproximadamente una tercera parte del 16% que fuma lo hace menos de una vez a la semana (5%), mientras que las otras dos terceras partes (11%) fuman al menos una vez a la semana, de los cuales el 7% lo hace diariamente. No obstante, estas cifras globales esconden sorprendentes diferencias geográficas, de edad y de género.

El porcentaje de jóvenes que comunica haber fumado alguna vez se incrementa de forma significativa con la edad. En casi todos los países, esta proporción es al menos tres veces más elevada para los jóvenes de 13 años que para los jóvenes de 11 años. La misma circunstancia se observa en el consumo semanal y diario de tabaco.

Existen claras diferencias de género. Entre los adolescentes de 11 años, el porcentaje de jóvenes que ha fumado alguna vez es significativamente más elevado para los chicos que para las chicas en casi todos los países. No obstante, a los 15 años, esta proporción es más elevada entre las chicas en más de la mitad de los países y especialmente en el norte y el oeste de Europa. Estas diferencias de género son similares en el consumo diario y semanal.

La frecuencia del consumo de tabaco en los jóvenes de 15 años parece mostrar una asociación con la edad a la que han fumado por primera vez, así cuanto más temprana es la edad a la que se consume el primer cigarrillo, más elevado es el porcentaje de fumadores habituales.

Al realizar un análisis comparativo entre los países participantes destaca que España se encuentra con valores por encima de la media en todas las variables, en el grupo de los jóvenes de 15 años.

En España, la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)¹⁰⁹ permite conocer la magnitud y las características del problema del consumo de tabaco en jóvenes entre 14 y 18 años. Debido a que dicho estudio se viene realizando desde 1994, brinda la posibilidad de realizar comparaciones a través de los años y observar las tendencias. En dicha encuesta se considera fumador actual a los jóvenes que han consumido tabaco alguna vez en los últimos 30 días. En ESTUDES 2008¹⁰⁹ el tabaco es la segunda sustancia más consumida entre los jóvenes, un 32,4% de los estudiantes son fumadores actuales (30,9% de los hombres y 33,8% de las mujeres), mostrando la prevalencia de consumo los valores más altos en el año 2004 y sufriendo oscilaciones con cierta tendencia al descenso en los años posteriores (31,1% en 1994, 37,4% en 2004, 27,8% en 2006 y 32,4% en 2008) (Figura 2). La tendencia descendente es más marcada entre los fumadores diarios en los últimos 30 días (21,6% en 1994, 21,5% en 2004 y 14,8% en 2006 y 2008) persistiendo un porcentaje superior entre las chicas durante este periodo (16,4% de las mujeres y 13,3% de los hombres en 2008).

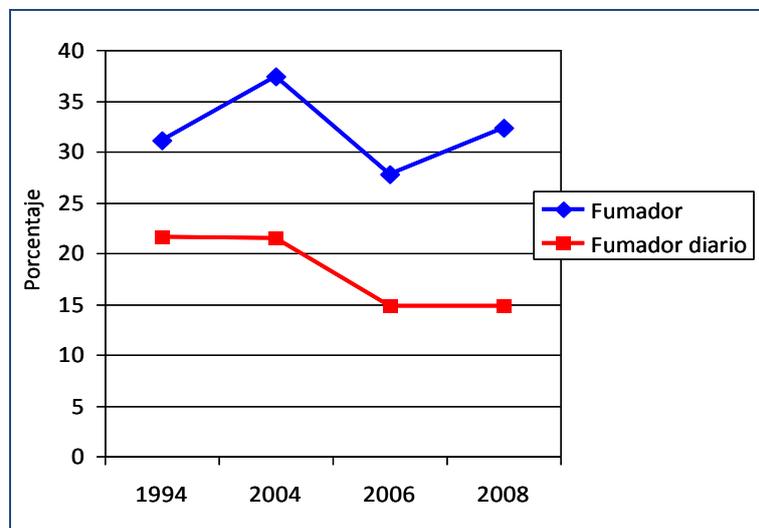


Figura 2. Evolución del consumo de tabaco entre los jóvenes de 14 - 18 años en España. Fuente ESTUDES 2008

Los estudiantes se inician en el consumo de tabaco a una edad temprana, de hecho es la primera sustancia que comienzan a consumir, observándose ligeras variaciones en la edad media de inicio, la cual se ha retrasado ligeramente (13,2 años en 2004 y 13,3 años en 2008) y especialmente en la edad media de consumo diario (14,5 años en 2004 y 15,1 años en 2008). Al analizar la variable edad se observa que la proporción de estudiantes aumenta progresivamente con la edad de forma que a los 14 años la prevalencia es de un 18,2% y el consumo a los 17 y 18 años alcanza su máximo, un 40,7% y 48,3% respectivamente.

Entre los consumidores de tabaco en el último mes, el consumo medio de cigarrillos al día es de 5,0, cifra inferior a la de 2004 (7,7 cigarrillos) y 2006 (5,5 cigarrillos). Aunque en el año 2004 el consumo medio de cigarrillos es superior entre los chicos (8,1), en el año 2006 se equilibra dicho consumo.

El estudio sobre Conductas de los Escolares relacionadas con la Salud HBSC, presentado anteriormente para mostrar los datos internacionales y europeos, publica en nuestro país un informe que amplía la información sobre la población española, incorporando como opción nacional, el grupo de edad de 17 años.

En este estudio, destaca un descenso en la prevalencia de fumadores de un 24,5% en 2002¹⁰⁸ a un 16,7% en 2006¹¹⁰. Al igual que en otros estudios, el porcentaje de fumadores en el año 2002 asciende conforme aumenta la edad (4,2% a los 11 años; 44,7% a los 17 años). Tomando como referencia la muestra de 15-16 años, los chicos se inician algo antes que las chicas (13,13 años los chicos; 13,35 años las chicas) aunque ellas terminan fumando más que ellos en tramos de edad posteriores. La comparación entre las encuestas del 2002 y 2006 muestra un descenso en el consumo de tabaco habitual y diario, en todas las combinaciones de edad y género.

En la Comunidad Autónoma Canaria mediante ESTUDES Canarias¹¹¹, se observa que el consumo de tabaco de los jóvenes es menor que el consumo obtenido en las encuestas nacionales del 2006¹¹² y de 2008¹⁰⁹. En ESTUDES 2008 en Canarias¹¹¹, declara haber consumido tabaco un 28,8% alguna vez, un 21,5% en los últimos 12 meses y un 15,8% en los últimos 30 días. Destaca un 5,2% de jóvenes que ha fumado a diario en los últimos 30 días frente a un 14,8% a nivel nacional. Cabe resaltar, que en los últimos 30 días el porcentaje de jóvenes que

no ha fumado ningún cigarrillo ha sufrido un aumento importante, pasando de un 3,3% en 2006 a un 25,8% en 2008.

La edad de inicio al consumo de tabaco se sitúa en 13,4 años, una décima superior a la obtenida en la encuesta nacional 2008 y cinco décimas superior a la hallada en la encuesta de Canarias de la campaña anterior. Los hombres fuman su primer cigarrillo a los 13,3 años y las mujeres a los 13,5; sin embargo, las mujeres presentan una edad de inicio al consumo diario inferior a la de los hombres (14,2 años para las chicas y 14,8 años para los chicos). La tendencia que se manifiesta desde hace años en relación a que las chicas están fumando tabaco en mayor proporción que los chicos se invierte en Canarias en el 2008 (14,4% de las mujeres y 17,1% de los hombres).

A medida que aumenta la edad también lo hacen las prevalencias, cabe destacar que en el paso de 15 a 16 años se produce un incremento importante. El número medio de cigarrillos que consumen al día los jóvenes, ha disminuido, pasando de 5,3 cigarrillos por término medio en 2006, a 3,8 cigarrillos en 2008, cifra inferior a la obtenida en la encuesta nacional 2008.

En la última publicación del estudio HBSC 2006 también se ha emitido un informe independiente por Comunidades Autónomas. Los resultados de la Comunidad Autónoma Canaria¹¹³ muestran una prevalencia de fumadores de un 7,5%, bastante más baja que la prevalencia a nivel nacional que aumenta conforme asciende la edad de los jóvenes (0,9% a los 11 años; 12,3% a los 17 años). El porcentaje de chicas fumadoras (8,2%) supera al de los chicos (6,8%) y la edad media en la que fuman un cigarrillo por primera vez queda establecida en 12,95 años.

Además de los datos aportados por estudios de ámbito estatal existe una amplia gama de estudios locales que permiten complementar el perfil del consumo de tabaco de los adolescentes españoles. El parámetro que más difiere entre los múltiples trabajos revisados es la prevalencia de fumadores. Comparar la prevalencia de tabaquismo en población adolescente puede ser difícil puesto que se utilizan diferentes variables para definir a los fumadores, y la frecuencia del consumo varía sustancialmente según el año de estudio y el intervalo de edad de la población. Diversos trabajos^{114,115,116,117} coinciden con el rango de prevalencia observado en los datos nacionales (37,4% en 2004; 32,4% en 2008) pero, otros

estudios de ámbito local describen prevalencias inferiores (País Vasco 23%¹¹⁸; Cataluña 28%¹¹⁹, Cataluña 26,2%¹²⁰, Salamanca 20,5%¹²¹, Murcia 26,4%¹²²). Hay que destacar que en todos los estudios se observan prevalencias superiores a las de la Comunidad Autónoma Canaria (15,8% en ESTUDES 2008; 7,5% en HBSC 2006).

La experimentación a estas edades es preocupante pues entre el 30% y el 50% de los jóvenes han probado el tabaco antes de acabar la escolarización secundaria¹²³. Los trabajos con rangos de edad similares (12-17años), muestran una edad de experimentación con el tabaco muy parecida a las observadas a nivel nacional, entre 13,1 y 13,4 años^{118,124}. Pero en algunos estudios comienza a percibirse un adelanto en la edad de experimentación a los 12 años¹¹⁴ e incluso a los 11,1 años^{121,125,126}, aunque son estudios desarrollados en población más joven. Además se confirma también la evolución del consumo con la edad^{117,118}.

La mayoría de las investigaciones abordan la diferencia de género e incluso algunas centran el estudio exclusivamente en este aspecto^{127,128}. En España, a partir de 1994, la mayor prevalencia de chicas fumadoras ha sido una constante^{115,118,129,130,131,132,133}. Este dato no es unánime pues hay autores que no encuentran diferencias de género en el hábito de fumar^{114,121} e incluso otros observan un mayor consumo en el género masculino¹¹⁷, como ha ocurrido en Canarias al invertirse la tendencia en el año 2008 y observarse un mayor porcentaje de fumadores entre los chicos¹¹¹.

1.2.3. Consumo de alcohol en la adolescencia

Existen evidencias de que los jóvenes están comenzando a beber a edades cada vez más tempranas¹³⁴. Esto puede ocasionar daño en el cerebro del adolescente al estar todavía en desarrollo y no haber alcanzado la madurez completa, que se alcanza alrededor de los 21 años de edad^{135,136,137}. El alcohol es un neurotóxico que afecta el desarrollo del cerebro, cambiando la estructura del hipocampo del adolescente y reduciendo el volumen de su cerebro a la mitad del correspondiente a su edad^{63,138}. Los jóvenes son más vulnerables que los adultos a algunas alteraciones cognitivas producidas por el consumo de alcohol, como las alteraciones de la memoria y del aprendizaje¹³⁹. Se ha medido una reducción de hasta un 10% de la capacidad de memoria entre los estudiantes que han tomado entre cinco y seis tragos de alcohol durante el fin de semana, en comparación con los que no han bebido^{13,89,140}. Por otro lado, es necesario

tener en cuenta que la metabolización del alcohol es más lenta en los adolescentes, sus complejos enzimáticos aún son inmaduros como para soportar una ingesta importante, saturándose con mucha facilidad, por lo que el consumo en estas etapas de la vida puede producir más fácilmente alteraciones orgánicas y/o psicológicas^{96,137}. También es importante recordar, no sólo que el alcohol es una poderosa droga psicoactiva que altera el estado de ánimo, muchas veces de manera impredecible, sino que además los adolescentes carecen de las habilidades de criterio y resistencia para manejar su consumo con prudencia y aún no han desarrollado tolerancia al alcohol¹⁴¹. Es un motivo de creciente preocupación en numerosos países, pues el uso nocivo de alcohol entre los jóvenes reduce el autocontrol y aumenta las conductas de riesgo⁹⁷, aumentando principalmente, la probabilidad¹⁴¹ de:

- Sufrir accidentes automovilísticos, incendios, homicidios, suicidios y ahogamientos, con el consecuente incremento de la mortalidad y discapacidad.
- Practicar sexo a edades más tempranas, con mayor frecuencia y sin protección.
- Desarrollar y/o padecer episodios violentos, incluyendo violación, asalto a mano armada y robo.
- Tener problemas de absentismo escolar, bajo rendimiento y trastornos en el comportamiento escolar.
- Desarrollar cuatro o cinco veces más dependencia al alcohol que quien espera hasta la edad adulta para consumirlo¹⁴².

Por otro lado se ha comprobado que el consumo nocivo de alcohol perturba los ciclos normales de la menstruación y afecta a la fertilidad^{143,144}, existiendo además nuevos resultados que refuerzan lo encontrado sobre la mayor vulnerabilidad del organismo de las mujeres y de las más jóvenes en particular, a los efectos y peligros del alcohol¹⁴⁵.

Todas estas consecuencias parecen ser más severas en aquellos que comienzan a beber en una edad más temprana¹⁴⁶.

1.2.3.1. Patrón de consumo de alcohol en adolescentes

Recomendaciones internacionales⁸² enfatizan la importancia de la identificación del patrón de consumo de bebidas alcohólicas, especialmente entre los jóvenes. Argumentan que un abordaje preventivo sólo puede alcanzarse si se lleva a cabo una identificación de todas las personas para determinar si se trata de población con consumo de riesgo o perjudicial, incluyendo patrones de consumo excesivo ocasional (tipo *binge drinking*). Si no fuera posible realizarlo con toda la población, sería factible limitar el estudio a grupos con situaciones especiales como es el caso de los varones jóvenes⁸².

Las características que mejor definen el patrón de consumo de alcohol en los jóvenes son la frecuencia de consumo, el consumo excesivo ocasional, los episodios de embriaguez, la edad de inicio y la evolución de dicho patrón.

Entre los jóvenes, el alcohol es la droga predilecta. De hecho, los adolescentes lo utilizan con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas. Aunque la mayoría de los chicos entre 10 y 14 años aún no han comenzado a beber, la adolescencia temprana es un momento de especial riesgo para comenzar a experimentar con el alcohol¹⁴⁷. Algunos estudios sugieren que, en ciertos países los chicos están empezando a beber desde los 10 años de edad¹⁴¹. Las encuestas escolares indican que los adolescentes y jóvenes beben con frecuencia y a una edad en que el consumo de alcohol está prohibido por la ley. El consumo excesivo ocasional (cinco o más tragos por ocasión de ingesta) es especialmente más elevado en jóvenes¹⁴⁸ y particularmente en muchos países de América, donde más del 90% del alcohol que bebe la población entre 12 y 20 años lo hace a través de este patrón de consumo¹⁴¹.

El estudio HBSC^{108,149} internacional confirma que el consumo de alcohol forma parte de la cultura de la mayoría de los países. El 5% de los jóvenes de 11 años, el 12% de los de 13 y el 29% de los jóvenes de 15 años refieren un consumo semanal de alcohol. Sin embargo, las diferencias geográficas son significativas. En todos los grupos de edad, Inglaterra y Gales tienden a presentar los porcentajes más elevados, alcanzando proporciones de consumo semanal del 50% entre los jóvenes de 15 años. Tal y como se esperaba, éste aumenta con la edad y es superior entre los chicos, en casi todos los países.

Los jóvenes muestran una preferencia clara por determinados tipos de bebidas como cerveza y vino, en los tres grupos de edad y en la mayoría de los países. Entre los jóvenes de 15 años, en algunos de ellos, incluido España, aumenta el consumo de licores en ambos género.

Con respecto a los episodios de embriaguez se observan porcentajes más altos entre los chicos de todos los países, en los tres grupos de edad. Dinamarca, Inglaterra, Groenlandia y Gales presentan las proporciones más elevadas entre los jóvenes de 13 y 15 años; mientras que Inglaterra y Gales muestran los valores más altos en los de 11 años. En España, estos datos se encuentran por debajo de la media en los tres grupos de edad.

En nuestro país, los datos de ESTUDES 2008¹⁰⁹ muestran que la sustancia que ocupa el primer lugar de consumo es el alcohol, seguida del tabaco. Asimismo, indican que un 81,2% de los estudiantes de 14-18 años han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 72,9% en el último año y un 58,5% en el último mes, concentrándose mayoritariamente el consumo en el fin de semana. Hasta el año 2006 no se aprecian diferencias importantes en la prevalencia de consumo de alcohol por género, pero en el 2008 se observa un consumo ligeramente más elevado entre las chicas (59,4% chicas, 57,7% chicos). A medida que avanza la edad, el porcentaje de estudiantes que bebe aumenta, de manera que la proporción de jóvenes de 18 años que ha consumido alcohol en los últimos treinta días es de un 75,1%.

La evolución de la edad media de inicio al consumo de alcohol en los últimos 30 días se mantiene entre los 13 y 14 años, produciéndose un retraso en la edad en el consumo semanal (14,9 años en 2000; 15,6 años en 2008).

En España al igual que en Europa, el perfil de consumo de alcohol en adolescentes es un consumo intenso ocasional, tipo *binge drinking*⁸⁹, los fines de semana y en festividades, no obstante los datos de prevalencia sobre el consumo excesivo ocasional se comienzan a recoger en nuestro país a partir del año 2006¹¹². En el 2008, un 47,1% declara haberse emborrachado algún día en los últimos 12 meses y un 29,1% en los últimos 30 días. Así mismo, un 41,4% ha tomado alguna vez durante los últimos 30 días, 5 o más vasos/copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión, con un intervalo aproximado de dos horas, destacando una mayor prevalencia entre los chicos (38,3% chicas, 44,7% chicos).

Entre los estudiantes de 14-18 años ha descendido la extensión del consumo de alcohol, pasando la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de 82,7% en 1994 a 81%

en 2004 y 72,9% en 2008, y en los últimos 30 días de 75,1%, 65,6% y 58,5%, respectivamente; sin embargo, en 2008 continua la tendencia ascendente de las borracheras y el consumo intenso ocasional. Así, la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días ha pasado de 16,1% en 1994 a 28,0% en 2004 y 29,1% en 2008 (Figura 3). Si bien, en un principio, la justificación de este aumento en el año 2004 se atribuye a un cambio en el mes de recogida de los datos, posteriormente se observa que se mantiene la tendencia ascendente.

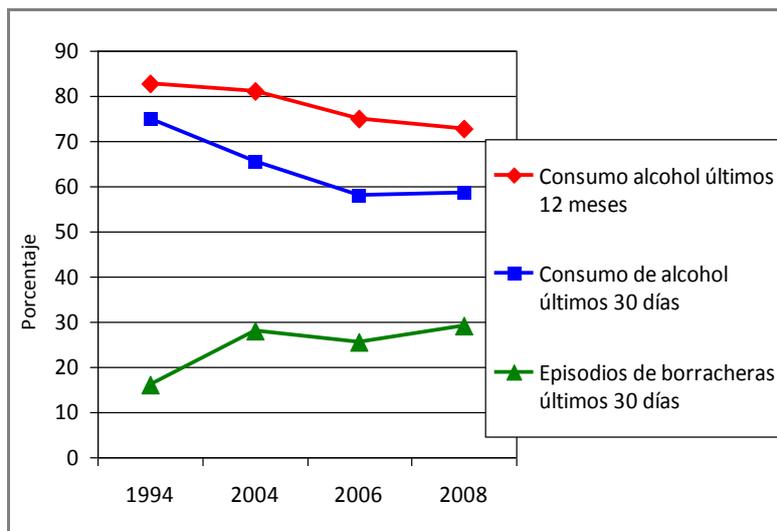


Figura 3. Evolución del consumo de alcohol entre los jóvenes de 14 - 18 años en España. Fuente ESTUDES 2008

Entre estos estudiantes, la bebida más consumida son los combinados/cubatas y a continuación los licores fuertes, si bien en días laborales predomina la cerveza. El consumo se concentra fuertemente en los fines de semana y se produce sobre todo en pubs y locales, aunque también es relativamente importante la proporción de jóvenes que consumen alcohol en los espacios públicos abiertos.

En el estudio de ámbito nacional HBSC la prevalencia de bebedores desciende de un 37,6% en 2002¹⁰⁸ a un 28,6% en 2006¹¹⁰. Ambos géneros se inician a los 13-14 años en la variable de consumo *rara vez*, a los 15-16 años aumenta el consumo a *mensual y semanal*, siendo este último más frecuente a los 17-18 años¹¹⁰. La frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es similar entre los chicos y chicas en todos los tramos de edad.

La evolución del porcentaje de jóvenes que se ha emborrachado alguna vez, se ha mantenido estable (un 31,2% en 2002 y un 30,5% en 2006). Sin embargo, destaca el aumento del porcentaje de chicas que dice haberse emborrachado a los 13-14 años (un 9,2% en 2002; un 16,1% en 2006) y lo mismo en los chicos de 15-16 años (un 39,7% en 2002; un 44,2% en 2006). La edad en la que se produce la embriaguez por primera vez es a los 14,04 años las chicas y algo antes, a los 13,93 años los chicos.

En la Comunidad Autónoma Canaria en 2008¹¹¹ el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años. Un 76% declara haber consumido alcohol alguna vez en la vida, un 66,4% en los últimos 12 meses y 45,5% en los últimos 30 días. El consumo de los jóvenes canarios es menor que el obtenido en la encuesta nacional y además se mantiene con valores similares a los obtenidos en la campaña anterior.

La prevalencia del consumo de 5 o más copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión durante los últimos 30 días, ha experimentado un aumento importante desde un 21,5% en 2006¹⁵⁰ a un 31,1% en 2008, este último dato es inferior al obtenido en la encuesta nacional (41,4% en 2008).

Comparando los resultados obtenidos en Canarias con el total nacional, el consumo de fin de semana y el consumo de los distintos tipos de bebida muestran un comportamiento parecido. Los lugares más habituales donde los jóvenes compran bebidas alcohólicas son supermercados, bares o pubs y discotecas, siendo los lugares de consumo más frecuentes las calles o plazas, las discotecas y los bares o pubs. Las formas de obtención más frecuentes de la bebida son directamente o por medio de no familiares mayores de 18 años.

Respecto al consumo excesivo de alcohol, el 45,4% de los jóvenes canarios declaran haberse emborrachado alguna vez, el 36,0% en los últimos 12 meses y el 19,5% en los últimos 30 días. Estos resultados son inferiores a los obtenidos en la encuesta nacional. Respecto a la campaña de 2006, la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses y últimos 30 días aumenta ligeramente.

La edad media de inicio al consumo de alcohol se sitúa en 14,0 años, cinco décimas superior a la de la campaña anterior y tres décimas superior a la obtenida en la encuesta nacional. Respecto al género, la proporción de consumidores de alcohol es superior en los chicos que en las chicas, excepto en el consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Sin

embargo en la encuesta nacional las mujeres presentan una mayor prevalencia que los hombres. La proporción de consumidores en los últimos 12 meses aumenta con la edad, un 48,4% entre los jóvenes de 14 años, un 71,4% a los 16 años y un 77,7% a los 18 años.

Los datos de la Comunidad Autónoma Canaria procedentes de HBSC 2006¹¹³ muestran una prevalencia de bebedores de un 16,9%. Al igual que ocurre con la prevalencia de fumadores, el porcentaje de bebedores es más bajo que a nivel nacional. La proporción de chicos bebedores (19,2%) supera al de las chicas (14,5%) y aumenta conforme va ascendiendo la edad (1,5% a los 11 años; 36,2% a los 17 años). La edad media en la que beben por primera vez alcohol es a los 13,63 años.

La prevalencia de jóvenes que se han emborrachado asciende a un 27,3%, siendo igual en ambos géneros y la edad media en la cual lo hacen por primera vez es a los 14,42 años. Destaca el alto porcentaje de jóvenes de 17-18 años que afirman haberse emborrachado, un 88,4%.

Al relacionar los datos anteriores con los estudios de ámbito local se aprecia que el consumo de alcohol está bastante generalizado entre la población adolescente. En estos últimos, las proporciones de consumidores regulares oscilan entre el 37% y el 85%^{117,151,152,153}. Diversos trabajos^{154,155} describen la misma tendencia descendente que se aprecia en los estudios nacionales, aunque no hay acuerdo en si la cantidad de alcohol consumida también ha descendido como sugieren algunos autores¹⁵⁶ o lo contrario^{155,157}. Al ser cada vez más frecuentes los consumos elevados en cortos periodos de tiempo, paralelamente se ha producido un aumento de los episodios de embriaguez^{151,152}. La medición del consumo excesivo ocasional es reciente y por ello muchos estudios no recogen datos al respecto. La concentración de los consumos en el fin de semana caracterizan los usos del alcohol entre este colectivo^{117,151,152,153,156}.

En los estudios locales revisados se observa asimismo que la edad media de inicio del consumo de alcohol se sitúa entre los 12-13,8 años^{151,152,153}, mientras que la edad media de la primera borrachera es ligeramente más tardía. Ambos comienzos son más precoces en los chicos¹⁰⁷. A medida que aumenta la edad se incrementa la proporción de consumidores, situándose en 4º de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), por encima del 80% en casi todos los estudios^{151,152,153}. La mayoría de los trabajos coinciden en la clara tendencia a

consumo de combinados y bebidas de alta graduación^{152,153,158,159}, aunque todavía se observan en algunos estudios un mayor consumo de vino y cerveza¹¹⁷. Algunos autores¹⁵¹ describen que en la mayoría de los grupos de edad la prevalencia de consumo ocasional es mayor en los chicos, aunque en las edades superiores llegan a igualarse.

1.2.4. Determinantes del consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia

Los estudios que han realizado un seguimiento del consumo de tabaco y alcohol en los jóvenes, muestran que el proceso de inicio y continuación es un fenómeno complejo y multifactorial. Los factores asociados están relacionados con aspectos de la personalidad, emocionales y psicológicos, situaciones familiares, escolares y grupales, con las relaciones en el ambiente social y en la comunidad en general¹⁶⁰.

Durante el último cuarto del siglo XX se ha investigado en las vías y condicionantes etiológicos cuyo resultado final es el consumo de sustancias nocivas, identificándose factores que distinguen la situación vital de las personas que consumen, de aquellas que no lo hacen. Pero, normalmente es difícil aislar dichos factores y explicar la importancia de cada uno por separado. La mayoría de las clasificaciones halladas en los estudios revisados respecto a los factores que influyen sobre la conducta, coinciden en agrupar los mismos en tres grandes grupos: factores individuales, microsociales y macrosociales^{9,12}.

- Los factores individuales son características internas del individuo que agrupan entre otros, los aspectos genéticos, las características físicas, la edad, género, personalidad, actitud hacia el consumo, motivación, creencias, nivel educativo, conocimientos, etc.
- Los factores microsociales son aquellos que configuran el contexto inmediato donde se produce el desarrollo vital de la persona. Están determinados por la familia, la escuela, los amigos y los compañeros, los recursos de la zona, el barrio, la vivienda, etc.
- Los factores macrosociales influyen considerablemente en el proceso de socialización y de transmisión de valores y actitudes predominantes en dicho entorno en una época concreta. El contexto macrosocial genera estímulos y estilos de vida. Destaca la disponibilidad, los intereses económicos, la publicidad, la legislación, los tópicos sociales, la cultura imperante, la religión, los medios de comunicación, la política, etc.

Estos determinantes pueden actuar como factores de riesgo o de protección del consumo de sustancias nocivas. En el campo que nos ocupa, un factor de riesgo vendría a ser una característica que permite predecir el desarrollo de una conducta; una variable que, en alguna medida, sitúa al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia este tipo de comportamientos. El concepto de factor de riesgo es probabilístico, no determinista. El que un individuo muestre factores de riesgo no implica que necesariamente vaya a desarrollar conductas no saludables; significa únicamente que, si lo comparamos con un individuo sin esos factores, tendrá una mayor probabilidad de llegar a implicarse en esas conductas. En relación con esta idea, es necesario matizar que los factores de riesgo no llegan a tener estatus de causas, ya que los factores de riesgo son elementos predictores, pero no implican una causalidad directa y lineal. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que ningún factor de riesgo por sí solo permite predecir adecuadamente la conducta. Se tiende a admitir que estos factores interactúan, se modulan y se influyen entre sí¹⁶¹.

La identificación de dichos factores es imprescindible para poder dirigir acciones enfocadas a la modificación de hábitos no sanos y potenciación de hábitos saludables¹⁶². Se utilizan para poder establecer los objetivos de las intervenciones y también para evaluar las políticas de salud¹⁶³.

Actualmente, la mayoría de los indicadores utilizados para la valoración de los determinantes de la conducta son de carácter cuantitativo. Las encuestas de base poblacional administradas en intervalos regulares, así como los estudios de cohortes longitudinales, han sido las técnicas más empleadas y su utilidad ha estado enfocada principalmente a conocer el patrón de consumo de los jóvenes y los factores predictores de sus conductas. Sin embargo, para obtener mayor información sobre el resto de factores individuales y microsociales es necesario implementar estrategias de investigación basadas en la complementariedad de enfoques metodológicos^{164,165}, utilizando técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas con la finalidad de aproximarse a la realidad y al discurso juvenil, que nos permita conocer la realidad social en la cual están inmersos y así poder comprender las necesidades del adolescente y su entorno.

1.2.4.1. Valoración de los factores individuales determinantes de las conductas en los jóvenes

El mundo científico es consciente de la importancia del análisis de los patrones conductuales y su evolución en los jóvenes, pero tras un proceso de maduración se ha llegado a la conclusión de que los estudios existentes, no permiten justificar el porqué de ello. Partiendo de dicha premisa, la investigación de los factores individuales que determinan la conducta de los jóvenes se hace indispensable. Los principales estudios realizados en este campo de investigación han sido de tipo descriptivo y han permitido establecer la asociación entre la conducta y dichos factores^{117,119,151,152,166,167}. En la última década, el objetivo principal de múltiples trabajos con adolescentes^{114,167,168} ha sido el análisis de los factores predictores de la conducta. Se trata de investigaciones con diseño longitudinal ya que los estudios transversales presentan problemas para inferir causalidad. Entre los factores analizados destacan la edad, el sexo, la actitud hacia el consumo, la conducta percibida, las normas subjetivas, etc.

A continuación se muestra una revisión de la situación actual de los factores individuales que determinan el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas en los adolescentes. Se observa que la mayoría de los estudios que se han realizado en la escuela se concentran en estos hábitos y que en particular informan sobre los conocimientos, actitudes y consumo, siendo preciso ampliar dicha información, especialmente la relacionada con aquellos factores sobre los que se puede intervenir.

Edad. Es un factor de gran influencia. Existen numerosos estudios que muestran el efecto positivo de la edad sobre el incremento de la frecuencia e intensidad del consumo de sustancias^{114,159,168,169,170}. Además, cuanto menor es la edad a la que se inicia el consumo, mayor es la probabilidad de que se acceda al consumo de otras drogas, tanto legales como ilegales⁷². Hay que tener en cuenta que cuanto más joven es la persona que se inicia en el consumo, mayor es el grado de vulnerabilidad a desarrollar una dependencia^{9,107,171,172}. Aunque las prevalencias difieren en los diversos estudios locales revisados, se ha constatado que el consumo de tabaco y alcohol tiende a hacerse más frecuente cuanto más alta es la edad de los adolescentes. El análisis detallado del factor edad se ha presentado en el apartado anterior.

Género. Aún persiste una gran confusión sobre el significado de los abordajes biomédico y social en el análisis de las diferencias en salud entre hombres y mujeres o sobre la utilización de los términos *sexo* y *género*. El primero se refiere a la clasificación biológica de macho/hembra; el término *género* alude a las diferencias que se construyen socialmente por el hecho de haber nacido mujer y hombre¹⁷³. La mayoría de los trabajos revisados incluye la variable género en su análisis y es que ha sido una de las variables explicativas más contundentes que se ha utilizado para profundizar en el consumo de sustancias. Actualmente, cada vez hay más estudios que abordan exclusivamente la razón de género^{127,128,174,175,176}.

Tradicionalmente en España, el porcentaje de hombres fumadores ha sido más alto que el de las mujeres, pero en la década de los 90 se produce un cambio histórico, invirtiéndose las proporciones en la franja de edad de 15-19 años. Hasta 1990 los porcentajes fueron similares en ambos géneros, pero partir de 1994 la proporción de fumadoras ha sido superior a la de fumadores de manera habitual en dicho grupo de edad, no ocurriendo así en las restantes franjas de edad estudiadas¹⁰⁹. Esta tendencia también se ha observado en otros países europeos¹⁷⁷. No obstante, las diferencias de género sufren oscilaciones dependiendo de las comunidades autónomas y el año de estudio.

En lo que se refiere al consumo de alcohol estamos ante un fenómeno de gran homogeneidad entre chicos y chicas^{117,152,153,177,178}. Sin embargo, continúa prevaleciendo un mayor consumo de riesgo entre los chicos^{109,110,151}.

Las diferencias según género observadas en las conductas estudiadas han sido descritas en el análisis del patrón de consumo y en cada uno de los apartados, según el factor analizado.

Conocimientos. Las acepciones del término conocimiento son múltiples. La Real Academia Española de la lengua (RAE)¹⁷⁹ define conocimiento como la acción y efecto de conocer. Es decir, averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Desde el campo de la educación el conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje; es la integración de experiencia, valores y saber hacer, que constituye la base para la incorporación

continua de nuevas experiencias e información. El conocimiento va ligado a una evidencia y una de sus características es que sirve de guía para la acción¹⁸⁰.

El conjunto de conocimientos sobre los hábitos relacionados sobre la salud es uno de los factores individuales que desde hace décadas se ha considerado que influye sobre las actitudes y éstas sobre el comportamiento. Ello ha propiciado que los contenidos de las primeras intervenciones educativas priorizaran la aportación de conocimientos⁷². Sin embargo, actualmente existe una gran controversia en relación a la influencia que los conocimientos tienen sobre la generación de las actitudes y de los comportamientos¹⁸¹. Muestra de ello es que la gran mayoría de los jóvenes en ESTUDES 2008¹⁰⁹, a pesar de que afirman estar muy informados acerca de los efectos y problemas que les pueden ocasionar el consumo de tabaco y alcohol, sin embargo, tienen un consumo elevado de dichas sustancias adictivas, aspecto que también se observa en ESTUDES 2004¹⁸², donde un 30% de los jóvenes que declara consumir bebidas alcohólicas manifiesta conocer sus consecuencias negativas, entre las que destacan las relacionadas con la salud, seguidas de las riñas y discusiones sin mediar agresión y los conflictos con la familia más cercana, los padres y los hermanos.

En base a que el conocimiento permite tomar decisiones más acertadas, se supone que una falta del mismo deja a las personas expuestas al consumo de sustancias, mientras que una conciencia de los hechos relevantes, les permite elegir patrones de vida saludables. Realmente no se niega la necesidad de poseer conocimientos sino de que sólo un aprendizaje significativo podría modificar las actitudes¹⁸³ e indirectamente el desarrollo de una conducta.

Otro aspecto a tener en cuenta es el nivel de formación y el fracaso escolar de los jóvenes. En diversos estudios estos factores se han asociado con una mayor prevalencia de consumo de sustancias^{105,184,185,186,187,188}.

Creencias. La RAE¹⁷⁹ define creencia como el firme asentimiento y conformidad con algo. La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. Es una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero. Es posible distinguir entre creencias abiertas que admiten discusión a partir de un análisis lógico y racional y las creencias cerradas que sólo pueden ser discutidas por una autoridad.

Las creencias pueden ser falsas o verdaderas a pesar de que la persona que tiene la creencia por definición cree que es cierta. Además, una característica importante de las creencias es su composición cognitiva y afectiva¹⁸⁹. El aspecto cognitivo hace referencia a lo que el individuo sabe o cree saber respecto a algo, mientras que el aspecto afectivo hace referencia al grado de importancia de la creencia. Este elemento afectivo tiene en ocasiones una mayor influencia y fuerza en el desarrollo de una conducta que el componente cognitivo.

En el caso del consumo de tabaco y alcohol se ha observado que las creencias de los jóvenes están relacionadas con la experimentación y el desarrollo de las conductas. Las creencias que les llevan a ello son entre otras que el consumo de sustancias les facilita las relaciones con sus iguales^{190,191}. Así, el consumo de alcohol está ampliamente extendido y es aceptado culturalmente, siendo utilizado como vía de comunicación y de relación entre las personas y como elemento socializador. También potencian el consumo las creencias basadas en el significado que le asignan a la conducta los demás y ellos mismos. La experimentación con el cigarrillo o el alcohol como símbolo de comportamiento adulto es común en la adolescencia, al igual que la experimentación como rito de iniciación. Las creencias relacionadas con las expectativas de su consumo y las utilidades que le atribuyen tales como la disminución del estrés prevalecen entre los jóvenes^{164,192}.

La evidencia ha puesto de manifiesto el desarrollo de creencias normativas entre los jóvenes al percibir que una conducta desarrollada por la mayoría de ellos, es la norma en su ámbito social. Así, entre las creencias normativas más identificadas se encuentra que la mayoría de los jóvenes consume tabaco y alcohol, que beber es algo normal y que se bebe por motivos sociales^{114,153,168,193}. Ante esta percepción de normalidad y generalidad se produce el desarrollo de las normas subjetivas basadas en la creencia sobre las expectativas acerca de lo que los demás esperan que haga o no haga la persona no consumidora en relación con el consumo de sustancias. Es un tipo de creencia con mucha trascendencia sobre la que hay que trabajar comprobando su veracidad.

Actitud. La actitud es una predisposición mental adquirida y duradera que incita a comportarse de una forma determinada (positiva o negativa) frente a objetos, personas o situaciones. La medición de la actitud no resulta tarea fácil si se considera un modelo

multidimensional constituido por tres componentes: cognitivo (conocimientos, creencias y valores de la persona), afectivo (sentimientos y preferencias personales) y conativo o reactivo (acciones manifiestas y declaraciones de intención)¹⁹⁴.

La actitud hacia el consumo es uno de los factores asociados a la personalidad que la literatura científica^{114,167,168,195} señala como más directamente relacionado con el consumo experimental, destacando las intenciones de uso, las expectativas sobre sus efectos, y las especulaciones de cómo responderá el entorno al propio consumo. En la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen¹⁹⁶ la intención es la variable predictora más importante del comportamiento.

La identificación del tipo de actitud que presenta cada grupo de jóvenes respecto a dichas conductas, podría indicar el momento de maduración en el que se encuentra dicho factor, según el modelo Transteórico de Prochaska^{197,198}, permitiendo un mejor enfoque en la intervención. Especialmente es importante identificar a los jóvenes que se encuentran en la fase de contemplación, en el proceso de preparación para la adopción de la conducta. De este modo, si se pudiese identificar el momento en el que se encuentra cada población escolar y teniendo en cuenta que las actitudes no son estables durante toda la vida del individuo sino que son modificables por el aprendizaje¹⁹⁹, sería posible adaptar los conceptos y metodologías de los programas preventivos a las características de esta.

La actitud es consecuentemente un concepto dinámico, modificable según las experiencias de las personas, siendo los procedimientos que posibilitan tal dinamismo los siguientes: aprendizaje por observación, modelado o imitación; aprendizaje condicionado (refuerzos positivos o negativos); interiorización (desarrollo de actitudes progresivamente al desarrollo de la personalidad); identificación (influencia de aspectos afectivos y psicológicos de otras personas o grupos); y aprendizaje de contenidos (recepción de información contradictoria a la que poseen, generando en el sujeto un cambio de actitud).

Igualmente, la intención de abandono es otro parámetro que merece una revisión. La actitud hacia el abandono del consumo de bebidas alcohólicas es prácticamente nula²⁰⁰, mientras que en ESTUDES 2004¹⁸², más del 40% de los escolares que fuman manifiestan que ya han intentado dejar de hacerlo.

Percepción de riesgo. La percepción del riesgo se entiende como el grado en que se atribuye a una conducta un supuesto peligro para la salud²⁰¹. La percepción que tiene una persona del riesgo y su reacción a éste depende de la experiencia previa y de la información y los valores recibidos de la familia, la sociedad y las instituciones. Se trata de un aprendizaje que comienza en la infancia y se actualiza constantemente durante la edad adulta. Algunos riesgos, como las enfermedades, escapan al control individual, pero otros, como el hábito de fumar o el consumo de otras sustancias dañinas, dependen de cada persona, que puede aumentar o reducir su consumo a voluntad¹³. En la adolescencia existe la tendencia a sentir una suerte de inmunidad frente a los riesgos que puede acarrear la conducta no saludable. Los jóvenes tienden a infraestimar las probabilidades de sufrir daños derivados del desarrollo de una conducta, distorsionando la realidad mediante reestructuraciones cognitivas o ilusiones de invulnerabilidad^{158,202}. Algunos autores consideran la percepción de riesgo distorsionada como el principal factor de inicio de la experimentación con el consumo de tabaco y alcohol en los más jóvenes²⁰². Los adolescentes tienden a estar más proyectados hacia los momentos presentes que hacia el futuro. La gratificación inmediata se prioriza frente a las consecuencias a largo plazo.

Algunos trabajos científicos hacen referencia a la relación entre una baja percepción del riesgo y el consumo de sustancias en la población adolescente^{203,204,205,206,207,208}. En diversos estudios se observa que el déficit de conocimientos puede dificultar la valoración real del riesgo del consumo de sustancias nocivas para la salud¹⁵⁸. Así, los estudios demuestran que los jóvenes consideran que el alcohol puede llegar a ser una droga si se sobrepasan ciertos límites pero desconocen el umbral de los mismos^{117,152,164}. Quizás por ello desarrollan un consumo excesivo esporádico sin percibir ningún riesgo.

No obstante, a pesar de conocer algunas de las posibles consecuencias de su consumo, los jóvenes tienden a experimentar con este tipo de sustancias de alto riesgo. Algunos autores sugieren que las decisiones del consumo se hallan relacionadas con la apreciación de beneficio y riesgo que este consumo supone, rechazando algunos jóvenes ciertas drogas a pesar de las oportunidades que tienen para obtenerlas^{209,210}.

Por otra parte, el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo²⁰².

Conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una sustancia, tiende a disminuir la extensión o la intensidad del consumo y viceversa^{109,137} (Figura 4). El riesgo percibido ante el consumo de 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en el fin de semana en el año 2004 (41,4%) es inferior al de años anteriores, observándose en ese periodo un aumento notable en la prevalencia del consumo de alcohol y de borracheras (Figura 4). La situación es similar en el año 2008, tanto a nivel nacional como en Canarias. La percepción de riesgo ante el consumo de un paquete de tabaco al día es muy alta (88,8% en 2008) coincidiendo con una reducción de la prevalencia de fumadores diarios.

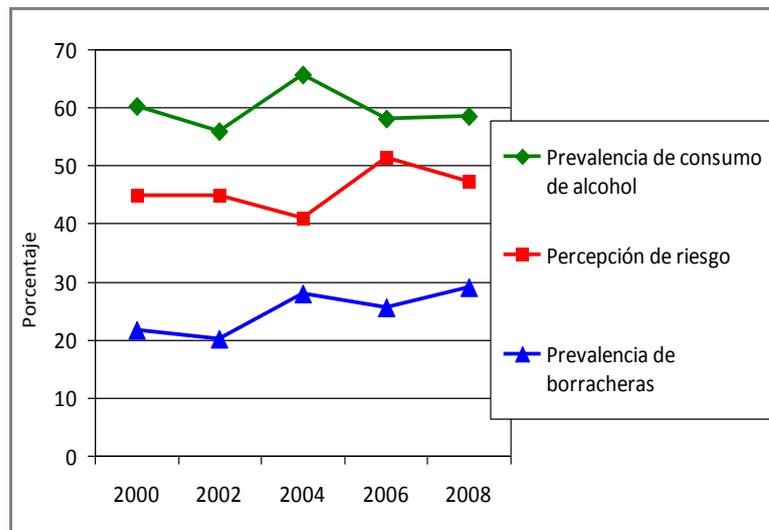


Figura 4. Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol, percepción del riesgo entre los jóvenes (consumir 5 o 6 cañas/copas en fin de semana) y prevalencia de borracheras. Fuente: ESTUDES 2000-2008

Con respecto a las diferencias por género, se aprecia que en ESTUDES 2004 y 2008 el riesgo percibido por las mujeres es superior al percibido por los hombres, especialmente respecto a las consecuencias del consumo de alcohol.

La percepción de riesgo de ser fumador pasivo también determina la conducta al respecto. La adquisición de conocimientos relacionados con el daño que ocasiona inhalar el ACHT no es suficiente para aumentar la percepción del riesgo. Algunos autores²¹¹ argumentan que el modelamiento, la observación de los adultos que salen de casa para fumar, hace que el adolescente reciba el mensaje claro de la intolerancia al consumo de tabaco, que incidirá de forma positiva en su propia posición frente al tabaquismo.

Por último, se puede inferir una escasa percepción de riesgo de los jóvenes hacia la conducción de los vehículos de motor bajo los efectos del alcohol¹⁰⁹. Así, en ESTUDES 2008 un 24,6% de los jóvenes y concretamente un 34,5% de los de 18 años, declaran haber sido pasajero en los últimos 12 meses en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol. Además, un 9,5% declara haber conducido en los últimos 12 meses un vehículo en dichas condiciones, cifra que asciende a un 12,5% en los estudiantes de 18 años. Cabe destacar la diferencia de género, ya que en Canarias el 10,5% de los chicos declaran conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 12 meses, frente al 2,4% de las chicas. En otros estudios un 14,7% reconoce haber conducido algún vehículo después de beber¹⁵¹.

Motivación. Teniendo en cuenta que la motivación se define como un ensayo preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla, con interés y diligencia¹⁷⁹, su estudio es importante para comprender las conductas de los adolescentes.

La revisión de la literatura^{212,213,214} aporta información específica sobre las principales motivaciones que llevan a los adolescentes a fumar o a beber. En términos generales, el consumo de tabaco pasa por una fase de experimentación motivada por la curiosidad, deseos de probar situaciones nuevas, identificación con comportamientos propios de adultos y también desafíos a las reglas impuestas por los mismos²¹⁵. El consumo de alcohol también está motivado por la cultura imperante, la aceptación social y por las creencias de que facilitan las relaciones, ayuda a divertirse y a liberar el estrés^{153,164,213,216}.

También es útil identificar las motivaciones de los jóvenes que han optado por no consumir dichas sustancias, destacando el evitar problemas de salud física^{153,202} y conflictos familiares²⁰². Otros estudios¹⁵³ encuentran diferencias en función del género. Así, para las chicas el temor a perder el control del comportamiento es un motivo para no beber.

La curiosidad puede ser una poderosa fuerza motivacional que con frecuencia lleva a comportamientos impulsivos, más si el individuo percibe que probar supone bajo riesgo e implica bajo costo. Es una de las razones más comunes que los fumadores manifiestan para iniciar el consumo. Estudios de cohorte confirman que la curiosidad es un factor precursor al inicio del consumo de tabaco²¹⁷ y una razón importante para probar el alcohol²¹³, relacionándose con frecuencia con la búsqueda de sensaciones. Los adolescentes conforman

un grupo con altas puntuaciones en la necesidad de dichas búsquedas^{202,218}. Durante este periodo evolutivo, el deseo de vivir emociones intensas y de descubrir nuevas experiencias parece especialmente acusado.

Algunos autores^{218,219} destacan entre las diversas fuentes de motivación las normas subjetivas, basadas en las conductas del grupo de referencia, la necesidad de aceptación del grupo²¹⁸ y la presión social^{219,220,221}, que lleva a desarrollar la conducta instaurada en el mismo. Paradójicamente, un rasgo del pensamiento adolescente es ser favorecedor de las conductas antinormativas^{218,222}, rechazando las normas de la sociedad y sin embargo, aceptando con contundencia las normas de su grupo de iguales.

Otro motivo reflejado en algunos estudios²²⁰ es la desinhibición, sin embargo, en la mayoría de los trabajos¹⁵³ no se contempla como un motivo importante.

Destaca asimismo la inexistencia de diferencias entre los motivos para hacer el botellón y para consumir alcohol²²³, figurando entre ellos no solo la diversión sino el consumo en sí mismo²²³. Por último y en esta misma línea diversos autores^{220,223} resaltan la búsqueda de la embriaguez por parte de los jóvenes aunque estos en sus declaraciones insisten más en los aspectos positivos tales como experimentar más euforia, estar más hablador, más sociable.

1.2.4.2. Valoración de los factores microsociales determinantes de las conductas en los jóvenes

El entorno microsocial es aquel en el que se sitúa la persona y hace referencia a las relaciones sociales que experimenta con la familia, los amigos y los compañeros, la escuela, los recursos de la zona, etc. Sus características son factores de fuerte carácter en el desarrollo de los hábitos de vida de los adolescentes por lo que deben orientarse adecuadamente para que se afiancen en estas etapas estilos de vida saludables duraderos.

Al igual que en la revisión de los factores individuales abundan los estudios de tipo transversal así como los trabajos con diseño longitudinal, que permiten determinar los factores predictores de la conducta.

Grupo de iguales. Los amigos y compañeros parecen ser uno de los principales agentes de socialización, actuando como personas de referencia, de apoyo y estímulo hacia las conductas. El grupo afecta de forma decisiva a la conducta y las actitudes relacionadas con la salud, al ejercer una influencia y reforzar las normas y los valores, estableciendo una identidad social y cultural y proporcionando modelos de conducta. La influencia de los compañeros es compleja e implica tanto factores de protección como factores de riesgo¹⁰⁷.

El hecho de gustar y ser aceptado por los demás resulta crucial para el desarrollo de la salud de los jóvenes, y los que no se encuentran integrados socialmente tienen más probabilidades de experimentar dificultades con su salud física y emocional. El aislamiento con respecto a los compañeros en la adolescencia puede generar sentimientos de soledad y síntomas psicológicos. La interacción con los amigos favorece el desarrollo de las capacidades sociales y las habilidades para hacer frente a sucesos estresantes.

Por otra parte, la influencia de los amigos puede provocar conductas de riesgo durante la adolescencia. Así, diversos autores^{176,184} argumentan que el consumo de sustancias depende enteramente de la naturaleza social del grupo de amigos, es decir, que cuando los pares de un adolescente consumen sustancias, éste tiene una alta probabilidad de usarlas también aunque no estén presentes otros factores de riesgo. Igualmente, múltiples estudios^{108,224,225} detectan unos porcentajes más elevados de consumo de tabaco y alcohol, así como de episodios de embriaguez entre los jóvenes que se reúnen frecuentemente por las noches con los compañeros, especialmente en bares y discotecas.

Las investigaciones sobre la cultura de los compañeros en la adolescencia han revelado que la orientación del grupo de amigos determina su carácter de protección o de riesgo. Todavía está por determinar si el grupo comienza a establecer actitudes y conductas, o si los jóvenes seleccionan grupos con actitudes similares que les refuercen²²⁶. Probablemente ambas hipótesis son verdaderas²²⁷.

Algunos investigadores²²⁸ argumentan que, generalmente, las chicas son más vulnerables que los chicos a la influencia tabáquica de los pares, lo cual puede deberse a que las relaciones sociales entre chicas tienden a ser más íntimas y exclusivas, pasan más tiempo con amigos y están más involucradas en la vida de sus iguales.

Los resultados obtenidos difieren según los estudios pero principalmente coinciden en que la presión del grupo de amigos es uno de los principales predictores para el consumo^{114,167,171,184,229}. Tanto el modelamiento como la recepción pasiva de mensajes contribuyen a ello.

La familia. La familia es posiblemente el contexto más importante para el desarrollo de los jóvenes, en él se adoptan por primera vez conductas y actitudes sociales. Algunos autores consideran a la familia como el escenario más significativo en el que emergen los conceptos relacionados con la salud. Su influencia se mantiene a lo largo de la adolescencia, y en realidad, a lo largo de toda la vida en diversos grados. Desempeña un rol de modelo a seguir y además es fuente de apoyo en el desarrollo de conductas saludables. La familia, en sus variadas formas, constituye el primer ambiente social de aprendizaje para sus componentes. Aunque en el periodo de la adolescencia se produce un alejamiento de sus padres, la significación de la familia como recurso emocional se mantiene igual²³⁰.

La teoría cognitiva-social de Bandura²³¹ enfatiza que el desarrollo del comportamiento depende en parte del contexto, destacando entre otros el ambiente familiar. La literatura muestra frecuentemente la asociación entre padres y hermanos fumadores y el desarrollo de la conducta tabáquica en los jóvenes^{118,166,167,185,200,232}. Una situación similar se observa entre hermanos que consumen alcohol y la conducta bebedora de los jóvenes. Sin embargo, no ocurre lo mismo en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas por parte de los padres al no encontrarse una relación significativa entre dicha conducta y el consumo por parte de los jóvenes^{153,200}.

No solo la existencia de consumidores en una familia es un factor predictor, sino también las reglas permisivas en casa. La percepción de los adolescentes de que los padres tienen actitudes tolerantes hacia el desarrollo de estas conductas se asocia al intento de experimentación, consumo regular y consumo habitual²³³. Se ha demostrado que cuanto más alta es la permisividad al consumo de tabaco y alcohol, las cifras de consumo tienden a ser mayores¹⁶¹. Por el contrario, una actitud no tolerante de los padres está asociada a un menor consumo por parte del adolescente²³⁴. Incluso, familias que no permiten el consumo de tabaco

en la casa han demostrado tener efectos en la reducción del consumo en adolescentes, aun cuando los padres fumen^{233, 235}.

La influencia en la evolución al tabaquismo, de la percepción de la norma subjetiva a favor del consumo de tabaco por la familia, se ha puesto en evidencia en estudios de cohorte en población adolescente²³⁶. Por el contrario se han comprobado efectos opuestos en hogares donde el consumo de cigarrillo está completamente prohibido²³⁷.

Respecto al permiso de los padres sobre el consumo de tabaco de los hijos, el 75,1% de las madres y el 72,8% de los padres no lo permitirían¹⁸², siendo los padres de los jóvenes canarios¹⁵⁰ más restrictivos que a nivel nacional.

Entorno escolar. La escuela es otro órgano de socialización prioritario, entre cuyas funciones se encuentra, precisamente, la formación para un funcionamiento socialmente aceptado. En ella tienen lugar las primeras interacciones con los iguales y el contacto con las primeras figuras de autoridad distintas a las familiares. El entorno escolar o el clima psicosocial del centro educativo han sido estudiados generalmente desde la perspectiva de la mejora de los logros académicos de los jóvenes, pero también resulta interesante desde la óptica de la salud.

La escuela facilita la capacitación para la toma de decisiones sobre salud mediante la promoción y educación para la salud y ello requiere la implicación del profesorado y la coordinación con otros agentes de la comunidad como el equipo de salud, ayuntamiento, etc⁹⁰.

La existencia de un entorno saludable, entre otros aspectos, debe contemplar espacios libres de humo. Sin embargo, la permisividad ante el hábito de fumar en el centro escolar, tanto por el alumnado, como por el profesorado, está presente en una buena proporción de casos²³⁸. En ESTUDES 2004¹⁸², un 73,4% de los alumnos ha visto fumar a compañeros en el recinto de la escuela y un 47,1% a sus profesores, datos que sugieren un notable grado de permisividad. En Canarias, si bien la permisividad respecto a los estudiantes es menor (59,7%), en el caso de los profesores es similar (48,9%).

En cuanto a los recursos educativos se dispone de una buena cartera de programas que el Ministerio de Educación y Sanidad y Consumo, así como las diversas Consejerías ofrecen a los centros. De hecho, a escala nacional se dispone de un catálogo que reconoce más de 40 programas escolares^{165,239}. La mayoría de estos son de ámbito universal y se dirigen a estudiantes a partir de 11-12 años. Entre los centros educativos implicados en el estudio HBSC 2006¹¹⁰, un 83% afirma participar en programas dirigidos a evitar el consumo de alcohol y otras drogas, mientras que solo un 68,8% proclama su centro libre de humos.

Los libros de texto constituyen el recurso educativo más generalizado considerados importantes tanto para el profesorado como para los estudiantes. Diversos autores²⁴⁰, tras un análisis detallado de los mismos afirman que los libros de texto actualmente vigentes en el mercado no constituyen un referente suficiente ni un recurso adecuado para que el profesorado desarrolle la educación para la salud con sus alumnos en la escuela pues entre otros aspectos, sus orientaciones metodológicas no van dirigidas a facilitar una movilización de actitudes ni un cambio conductual.

En los últimos años ha crecido el número de alumnos que recibe información sobre drogas en el aula, aunque la escuela no parece la fuente de información más relevante para ellos¹⁶⁵. Según los adolescentes las vías por las que la obtienen son a través de las madres (69,1%), las charlas y cursos (66,5%), los medios de comunicación (66,3%), los profesores (62,5%) y los padres (61,2%). Sin embargo, los jóvenes tanto a nivel nacional como en Canarias prefieren otros tipos de fuentes de información tales como las charlas y cursos (50,9%), los profesionales sanitarios (47,9%) y las personas que han tenido contacto con las drogas (38,5%)^{109,111}.

Profesorado. El profesorado, ya sea de educación infantil, primaria o secundaria, es una pieza primordial para desarrollar la educación para la salud en la escuela¹⁸¹, constituyéndose como un agente promotor de salud con una alta cualificación desde el punto de vista pedagógico. Sin embargo, aunque la mayoría de los docentes españoles considera que la educación para la salud es una parte fundamental de la formación integral de los jóvenes, al mismo tiempo creen que no están suficientemente capacitados²⁴¹. Desde hace muchos años los profesores aducen dificultades de formación, carencia de material didáctico apropiado,

sobrecarga de los programas educativos, y escaso apoyo institucional, percepción que no ha sufrido grandes modificaciones en los últimos años^{165,181,242}. Actualmente, a pesar de la amplia oferta de programas preventivos de las diversas consejerías de educación, llama la atención que tan sólo un tercio de los profesores conozca algún programa de prevención escolar y que esta cifra haya permanecido constante desde el 2000 al 2008, según el Plan Nacional de Drogas¹⁶⁵. Por todo ello la promoción de hábitos saludables desde la escuela exige, entre otros aspectos, una mayor capacitación del profesorado. El porcentaje de profesores formados para esta tarea se sitúa alrededor del 18%, sin variaciones sustanciales desde el año 2000 al 2008. Sin embargo mediante el estudio HBSC 2006¹¹⁰ la proporción aumenta a un 43,2%, incrementándose el porcentaje de aquellos que tratan el tema en el aula, aunque la mayoría lo hace de manera puntual y muchos no han recibido formación para ello, lo que indudablemente afecta a la efectividad de sus intervenciones¹⁶⁵. La mayoría de los docentes españoles consideran que precisan del apoyo de profesionales sanitarios²⁴¹.

Es fundamental para la implementación de estos programas, la actitud de los profesores ante el tabaco ya que influye sobre la de los alumnos¹²⁶ existiendo una relación directa entre la conducta fumadora de los profesores en los centros y el consumo de tabaco por los alumnos^{243,244,245}. Sin embargo, al igual que sucede con otras profesiones ejemplarizantes como el personal sanitario, todavía un alto porcentaje de profesores son fumadores, lo que influye negativamente sobre su implicación en la génesis y desarrollo de las intervenciones educativas sobre el tabaquismo en los centros y por supuesto en sus resultados²⁴⁶. Ya se comentó anteriormente que un alto porcentaje del profesorado suele ser visto fumando en el centro escolar¹⁸². A pesar de la importancia del tema, el foco se ha centrado en los alumnos y apenas se ha prestado interés a los docentes, pues son escasas las publicaciones en este sentido²⁴⁶.

Recurso sanitario de la zona. Concretamente, uno de los principales objetivos en materia de salud pública se centra en ayudar a los adolescentes a evitar que se inicien en el consumo de sustancias nocivas para la salud aunque existen discrepancias e incertidumbre sobre cómo hacerlo. El profesional sanitario, inmerso en el sistema de trabajo de atención primaria contempla el abordaje del adolescente, desarrollando su control y seguimiento

mediante el programa de salud infantil. Entre sus objetivos *incluye promover la incorporación de conocimientos, actitudes y hábitos para la salud infantil en padres/madres, niñas/os y educadores*²⁴⁷.

A partir de los 14 años el adolescente se deriva a la unidad de atención familiar y se reduce su control. Conforme la edad de los jóvenes se aleja de la infancia su paso por atención primaria va disminuyendo. El colectivo de adolescentes se caracteriza, entre otros aspectos, por su percepción de baja susceptibilidad a enfermar y por consiguiente, existen más probabilidades de que el profesional de la salud llegue a ellos a través de la oferta de mejora de la calidad de vida que desde el planteamiento de prevención de enfermedad. La asistencia a los centros sanitarios es escasa por lo que el acercarse a los jóvenes en sus ambientes habituales, como el centro educativo, es una opción óptima. Sin embargo, para el mismo se necesita un impulso tal y como contempla el Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012²⁴⁸ en España, que propone potenciar la implicación de los profesionales sanitarios en la sensibilización y en la prevención de los daños ocasionados por los consumos tempranos de tabaco, alcohol y otras sustancias. Si bien, aunque se ha avanzado en la elaboración de protocolos, los objetivos propuestos para el 2008, en atención primaria de salud, no se alcanzaron¹⁶⁵.

Existe evidencia de que el papel de los profesionales de la salud es muy importante a la hora del cambio social, especialmente respecto al tabaquismo. Un punto fundamental que recalca el Convenio Marco para el Control del Tabaco²⁴⁹ es el papel educativo, formativo, comunicativo y de concienciación de la población por parte de los profesionales sanitarios. Sin embargo, el informe Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS²⁵⁰ impulsa a los profesionales sanitarios a contribuir a reducir los daños relacionados con el alcohol, especialmente en lo referente al tratamiento e intervenciones breves a los bebedores con consumo de riesgo y poco los implica para evitar el consumo. Entre los diversos profesionales del ámbito de atención primaria, enfermería es el estamento que actualmente con más frecuencia se responsabiliza de las intervenciones educativas en la escuela. El profesional de enfermería, está cada vez más implicado en el control del tabaquismo, tanto a nivel nacional como internacional, colabora en la aportación de guías, información, programas de promoción de la salud y prevención, programas de deshabituación tabáquica²⁵¹, etc., a través de asociaciones²⁵² tales como el Consejo Internacional de

Enfermeras, la Asociación Internacional de Enfermeras en el Cuidado del Cáncer, *Tobacco Free Nurses*, *European Nurses and Wives Against Tobacco*, *International Network of Women Against Tobacco*, etc.²⁵³.

El propio hábito tabáquico de los profesionales tiene una influencia relevante en cuanto a sus actitudes al respecto⁹³. Estudios recientes realizados en diversos hospitales de nuestro país hacen constar que el 36% de las enfermeras y el 28% de los médicos fuman²⁵⁴. Si bien, en general, ha habido una disminución del consumo de tabaco en todo el colectivo sanitario, en enfermería, la remisión ha sido menor que en el resto. Esta información es especialmente relevante teniendo en cuenta la función modélica que posee este grupo profesional dentro de la sociedad y la actividad que desarrollan en la misma. La población esperaría del profesional sanitario una conducta acorde con los supuestos conocimientos que tiene sobre los efectos dañinos del tabaco. Por otra parte las actitudes del profesional fumador frente al hábito suelen ser más permisivas y de escaso compromiso con las iniciativas antitabáquicas. Dicha situación aparece como un elemento que claramente dificulta el intento por alcanzar un futuro donde, además de considerarse con naturalidad un hábito no saludable, se considere como un hábito antisocial debido al perjuicio que el humo de tabaco ocasiona en los fumadores pasivos.

Entorno de ocio. Para algunos autores²⁵⁵ la gestión del ocio del fin de semana es el mejor predictor para el consumo de sustancias, por encima de otras variables como la personalidad, las características de los pares y familiares y las variables escolares. El ocio desarrollado en discotecas y bares, así como las salidas nocturnas de fin de semana, se correlacionan con un mayor consumo de sustancias²⁵⁶. Concretamente, el consumo de alcohol ha pasado a ser un componente social esencial del tiempo de ocio de los jóvenes¹⁵⁶. Por el contrario, la práctica de algún deporte así como participar en actividades religiosas se ha mostrado como factor de protección²⁵⁷.

1.2.4.3. Valoración de los factores macrosociales determinantes de las conductas en los jóvenes

La socialización del estilo de vida de un individuo también tiene lugar en un contexto más amplio, que ejerce un importante protagonismo a la hora de marcar pautas en su desarrollo. El contexto macrosocial genera estímulos y estilos de vida que la población hace propios de forma más o menos consciente. Autores como Mendoza²⁵⁷, consideran que son los factores procedentes de este contexto uno de los que poseen mayor influencia argumentando la similitud de estilos de vida dentro de sociedades con estructuras macrosociales similares.

Legislación. Uno de los factores macrosociales que condiciona el desarrollo de la conducta de los jóvenes es la legislación vigente. Desde el momento en el que se aprobó la Constitución Española que ordena en su artículo 43 a los poderes públicos fomentar la educación sanitaria e introduce en su articulado mandatos y recomendaciones para la promoción de la salud²⁵⁸, se inicia un camino que desemboca en la Ley General de Sanidad de 1986²⁵⁹, la cual siguiendo estos mandatos, desarrolla en sus artículos la necesidad e importancia de la educación y la promoción de la salud.

En el ámbito de la educación, en 1990, la Ley Orgánica de Ordenación del Sistema Educativo (LOGSE)²⁶⁰ introduce la educación para la salud como tema transversal en las diferentes áreas en los currícula de los centros escolares. Con fecha más reciente, la Ley Orgánica de Educación 2/2006 (LOE)²⁶¹ recoge que al alumno hay que formarle de manera íntegra mediante la educación en valores. Los temas transversales no aparecen explícitamente como tales sino que incorpora los contenidos de Educación para la Salud en las distintas áreas de los currícula. Posteriores reales decretos desarrollan la Ley y establecen las enseñanzas mínimas en los diferentes niveles de infantil, primaria y la secundaria obligatoria²⁶².

El convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia en mayo de 1989 supone el primer impulso importante que se da a la educación para la salud en la escuela. Se desarrollan proyectos con la colaboración de los centros escolares y los equipos de atención primaria los cuales continúan vigentes en cada comunidad autónoma.

En nuestro país, a partir de los años 70 comienzan a aparecer las primeras legislaciones restrictivas referentes al consumo de tabaco. Dichas medidas legislativas inciden en los

anuncios publicitarios, en la venta de cigarrillos a menores, en los lugares en que se permite fumar, en la cantidad de nicotina y alquitrán de los cigarrillos, etc. Además se emprenden campañas educativas y preventivas para conseguir un descenso en el número de fumadores. Lo más destacado del siglo XX es la intensa política de control del tabaquismo desarrollada, tanto por la OMS como por la Unión Europea y los diferentes gobiernos de cada país. Iniciativas como el Día Mundial sin tabaco que se celebra cada 31 de mayo, la Carta Europea contra el tabaco²⁶³, el programa Europa contra el Cáncer²⁶⁴, etc., son un claro ejemplo de lo que se está realizando. En nuestro país destaca el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo para el periodo 2003-2007^{265,266}.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco²⁴⁹ de la OMS que fue ratificado por España en el año 2003 fue decisivo para el establecimiento de leyes más restrictivas. La prohibición parcial o total de fumar se ha ido implantando en casi todos los países europeos y concretamente, en España se aprueba la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo²⁶⁷ del Ministerio de Sanidad y Consumo de diciembre de 2005, la cual es conocida principalmente por la regulación del consumo en los espacios públicos cerrados. Asimismo es una ley integral que abarca otros aspectos de gran importancia para la prevención del tabaquismo, como son las limitaciones en la venta, el suministro y la regulación de la publicidad, la promoción y el patrocinio. En fechas recientes se ha aprobado la Ley 42/2010, de 30 de diciembre²⁶⁸ por la que se modifica la anterior ley avanzando en la prohibición de fumar en los espacios públicos cerrados y colectivos.

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas la movilización y potenciación de acciones dirigidas al control y prevención del consumo de alcohol ha tenido un crecimiento en la última década. Documentos como la Carta Europea sobre el alcohol²⁶⁹ y el Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS²⁵⁰ en el año 2005 reafirman dicha tendencia. En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo en mayo del 2006 publica el Anteproyecto de Ley de medidas sanitarias para la protección de la salud y la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores, cuyo objetivo fundamental era proteger la salud de los menores de dieciocho años mediante acciones en distintos ámbitos. Se trata de la primera norma básica que abordaba este importante problema a nivel estatal. Tras ser sometida a información pública y debido al escaso consenso político y social, en febrero del 2007 se interrumpe la tramitación del proyecto de ley. Por lo tanto, la legislación vigente está

distribuida en diversas medidas como la Ley 22/1999, de 7 de junio, de Modificación de la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva²⁷⁰ y la ley 24/2003, de 10 de julio, de la Viña y del Vino²⁷¹ la cual aborda diversos aspectos generales de protección y calidad de los vinos y en el ámbito de la promoción de la salud a jóvenes tan solo hace referencia a la prohibición de promocionar el producto a menores de edad.

Cada comunidad autónoma dispone de su propio marco legislativo. De manera generalizada se dirigen a la prevención de adicciones y a la reinserción social. En la Comunidad Autónoma Canaria se encuentra vigente la Ley 1/1997 de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores²⁷² y la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias²⁷³.

Publicidad. Existe evidencia del impacto que los medios de comunicación de masas ejercen sobre el comportamiento²¹³. En la actualidad, la publicidad más explícita o más encubierta, invierte gran cantidad de recursos en la promoción de hábitos de consumo, especialmente en los jóvenes. Se sabe que la exposición a mensajes que invitan a consumir sustancias promueve actitudes favorables al consumo. Por ello, los gobiernos han ido limitando la publicidad relacionada con el consumo de sustancias nocivas para la salud.

La publicidad del tabaco está prohibida en virtud de una Directiva Europea de 2003 (2003/33/CE)²⁷⁴. A pesar de las progresivas restricciones publicitarias aplicadas por las legislaciones de la mayoría de los países desarrollados, las industrias nacionales y, especialmente, las multinacionales del tabaco, continúan incrementando su inversión publicitaria.

En un momento en el que los gobiernos de la mayoría de los países están empezando a restringir la publicidad del tabaco, la industria busca nuevas y más sofisticadas formas de publicidad encubierta o indirecta. En España, durante los últimos años, la industria está incrementando el presupuesto dedicado a la promoción de sus productos a través del patrocinio de las actividades que más atraen a los jóvenes tales como deportes de alta competición, conciertos de rock, aventuras en países exóticos, sorteos de motos, sorteos de

dinero en metálico, etc. Asimismo, de forma creciente, encontramos las distintas marcas de cigarrillos en el nombre de agencias de viajes, ropa vaquera, y todo tipo de prendas de vestir con estilo juvenil, calzado, relojes, equipos deportivos, embarcaciones, etc. Al igual que en otros países, en España, la industria tabaquera ha reforzado su potencial publicitario diversificando sus actividades e introduciéndose en otros sectores de producción, como son la alimentación, la perfumería y la moda. Los jóvenes se hayan expuestos a la propaganda del tabaco con reclamos directos que se dirigen específicamente a estos segmentos de la población mediante programas musicales de radio, revistas, distribuciones gratuitas de cigarrillos en fiestas juveniles y en discotecas, etc. Algunos investigadores²⁷⁵ argumentan que este tipo de publicidad es éticamente reprobable al afectar a quienes aún no son conscientes de las consecuencias de su consumo.

Diversos estudios han citado el impacto de la publicidad como el factor predictor más importante en los adolescentes²⁷⁶. Mostrar una clara preferencia por anuncios de bebidas alcohólicas o tabaco ha sido considerado un indicador independiente y más potente que tener un miembro de la familia, amigo o compañero fumador. Aunque en los últimos años algunos estudios han observado que la presión de la publicidad pierde fuerza¹¹⁴.

La publicidad de bebidas alcohólicas está menos restringida que la del tabaco. Actualmente se encuentran vigentes la Ley 22/1999, de 7 de junio, de Modificación de la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. Dicha ley además modifica la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de publicidad²⁷⁷ en su artículo 3. No obstante, los fabricantes de bebidas alcohólicas están intentando establecer su consumo desde una edad muy temprana al fomentar la mezcla de éstas con jugos de fruta, bebidas energéticas y usando una publicidad que va dirigida al estilo de vida de la juventud, sexo, deportes y diversiones¹⁵⁸.

Accesibilidad a las sustancias. El grado de facilidad o dificultad para conseguir u obtener las distintas sustancias es un factor que suele estar relacionado con el consumo, de forma que las sustancias más disponibles suelen ser las más consumidas y viceversa¹⁰⁹.

En España, existen más de 15.500 expendedurías de tabaco. Además se puede adquirir en máquinas automáticas situadas en lugares públicos. En conjunto, los españoles disponemos de un punto de venta por cada 340 habitantes. También es legal la venta de tabaco en bares, restaurantes, comercios de alimentación, supermercados, hipermercados, etc. Esta diversidad de puntos de venta hace que el tabaco sea el único producto del mercado que se encuentra a mano en cualquier sitio y a cualquier hora²⁷⁸. La venta de tabaco a menores de 16 años estaba prohibida en España por el Real Decreto 709/1982 de 5 de marzo de 1982²⁷⁹ hasta el año 1997, fecha en la que entró en vigor en la Comunidad Autónoma Canaria la Ley 1/1997 de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores²⁷³ mediante la cual la edad de venta de tabaco aumentó hasta los 18 años. Esta medida legislativa puede haber contribuido a la reducción de la accesibilidad al tabaco, pero la alta presencia del mismo en el entorno facilita bastante el acceso, aunque ello implique un incumplimiento de la legislación.

Respecto a las bebidas alcohólicas, diversos estudios ratifican que el acceso al alcohol es un fuerte determinante del consumo, particularmente entre jóvenes²⁸⁰. En ESTUDES 2008¹⁰⁹ un 90,8% de los jóvenes pensaba que le sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran. Dicha accesibilidad es un síntoma del incumplimiento de las normas por parte de los comerciantes y de la debilidad o ausencia de medidas estatales ya que la venta de bebidas alcohólicas está prohibida a menores de 18 años²⁷⁴. Existe consenso entre los organismos internacionales al considerar que disminuir la accesibilidad al alcohol es una medida básica para reducir el consumo y abuso de esta sustancia²⁵⁰.

Disponibilidad económica. Las investigaciones muestran que, a medida que aumenta la disponibilidad económica aumenta el consumo de alcohol, tanto en la frecuencia como en el grado de alcohol consumido^{118,119,184,257}. Los jóvenes, con menos recursos económicos utilizan la modalidad del botellón para superar esta dificultad¹⁶³.

Entre el año 2004 y 2008 disminuye la percepción de disponibilidad de las drogas por parte de los jóvenes, siendo este descenso menos marcado en el caso del alcohol¹⁰⁹.

Precio. Diversas revisiones^{281,282} coinciden en la relación a más precio, menos consumo. Esta medida puede ser más efectiva en función de la capacidad económica del sujeto, por lo que es posible que estas estrategias sean más eficaces en los jóvenes. El coste de las bebidas alcohólicas es uno de los métodos más eficaces para disminuir tanto la cantidad total de alcohol consumido como su frecuencia. Dicho efecto es mayor entre bebedores habituales y con un consumo abusivo²⁸¹.

También la accesibilidad al tabaco está íntimamente relacionada con el precio; la demanda de cigarrillos es sensible al precio de los mismos. Los cigarrillos en España son muy baratos. A pesar del incremento en los precios que se ha venido produciendo desde la incorporación de España a la Unión Europea, nuestro país no alcanzó hasta 1995 el nivel mínimo de imposición estipulado en las tres Directivas Europeas de impuestos sobre los productos de tabaco de obligado cumplimiento a partir de 1993. España hasta el año 2000, después de Grecia, era el segundo país de la Unión Europea donde más barato resultaba comprar un paquete de tabaco. Actualmente se encuentra entre los Estados miembros en los que resulta más barato comprar alcohol y tabaco, costando un 20% menos con respecto a la media de la Unión Europea²⁸².

1.3. INTERVENCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

Ante la realidad descrita en relación al consumo de tabaco y alcohol en la población adolescente, todo indica que las campañas de información y comunicación de riesgo dirigidas específicamente a la población joven, y las medidas y acciones de promoción y prevención puestas en práctica (intervenciones en la escuela y en la comunidad, acciones políticas, leyes, normativas para reducir la oferta y la demanda de sustancias legales e ilegales), no han logrado reducir con mayor celeridad esta preocupante realidad²³⁸. Por ello, es preciso que las acciones se dirijan a todos los ámbitos de actuación.

En este apartado se analizan las diversas estrategias de intervención que se han implementado para ayudar a los adolescentes en el desarrollo de hábitos sanos y se fundamenta la necesidad de especificar un marco teórico para ello. Además se profundiza en el ámbito escolar y las características que lo convierten en un entorno óptimo para promocionar la salud.

1.3.1. Estrategias de actuación.

En el siglo XXI, la promoción de la salud es y debe seguir siendo una estrategia fundamental para ganar salud²⁸³. En la Carta de Ottawa en 1986²⁸⁴ ya se define como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se centra en capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la misma y por lo tanto mejoren su salud⁴. La promoción de la salud es un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual⁴. Entre ellas:

- Elaboración de una política pública sana. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen

en este respecto. La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos; que dé lugar a unos bienes y servicios más sanos y menos peligrosos.

- Creación de ambientes favorables. El entorno en el que los individuos se mueven condiciona de forma decisiva su salud. Debe velarse porque el medio ambiente tanto físico, social, político, cultural y económico contribuya a mejorar el nivel de salud de las poblaciones. La promoción de la salud debe de favorecer condiciones de vida y de trabajo seguras, estimulantes y agradables.
- Reforzar la acción comunitaria. La promoción de la salud radica en la participación activa y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de la vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales.
- Desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios de salud. La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud. El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos. Dichos servicios deben favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

En el contexto en el que nos estamos moviendo la promoción de la salud debe enfocar las acciones hacia la sensibilización de la sociedad para generar una cultura de rechazo al consumo de sustancias nocivas como tabaco y alcohol mediante el fomento de sus propios

valores y recursos, siendo la educación para la salud el elemento operativo para llevar sus acciones a la práctica.

La OMS define la educación para la salud como el proceso educativo dirigido a dotar a las personas y a la comunidad de la capacidad de aumentar su control sobre los factores que tienen influencia sobre la salud. Ha de formar parte fundamental de la educación integral de las personas y el objetivo de ésta es no sólo transmitir información sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, y aportar a la población el entrenamiento y las habilidades que le permitan escoger, entre las diferentes ofertas, la más saludable⁴. La educación para la salud persigue que la población desee estar sana, sepa y haga lo que pueda, individual y colectivamente, para mantener la salud. Para ello es necesario actuar a tres niveles²⁸⁵:

- Nivel institucional: se trata de sensibilizar a los representantes políticos y cargos públicos para que adopten políticas saludables en los distintos ámbitos de la actividad pública. La educación para la salud representa un importante papel al facilitar a las personas el conocimiento y la toma de conciencia de los factores que condicionan la salud lo cual puede transformar las necesidades ignoradas en necesidades sentidas. Ello les permitiría incidir en las decisiones políticas, bien directamente a través de sus representantes y asociaciones, bien de forma indirecta creando estados de opinión sobre la adecuación de una determinada política de salud.
- Nivel ambiental: las acciones deben dirigirse a crear entornos favorables a la salud. Para ello, es importante potenciar valores, modelos y estilos de vida positivos para la misma, con la finalidad de que la población forme parte activa de la construcción y defensa de su medio, potenciando aquellas ofertas que constituyan ofertas saludables. Tal y como expresa Nutbeam *Se trata de hacer que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir*⁴.
- Nivel personal: se trata de que cada individuo sea capaz de ir adoptando un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad de autocuidarse. Para ello hay que dotar a las personas de los recursos conceptuales e instrumentales que les permitan conocer sus necesidades de salud, saber qué hacer para darles respuesta, capacitarlos para que puedan hacerlo y motivarlos para que lo hagan.

La educación para la salud puede entenderse como un instrumento transversal básico para realizar una atención integral al individuo, a la familia y a la comunidad. Con este enfoque, se muestra como el más eficaz para la creación y mantenimiento de hábitos saludables²⁸⁶, fundamentalmente en los jóvenes. Por ello, en el ámbito escolar, la educación para la salud aborda la adquisición activa de información y no a través de la transmisión vertical de dicha información, trabaja el fomento de la motivación para conocer más y para aplicar lo aprendido y potencia el entrenamiento de habilidades personales necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud, abordando también los factores y comportamientos de riesgo que le ayudan a desestimar aquellas pautas de conducta que impiden o dificultan la adquisición del bienestar físico y mental⁹⁰.

Algunas de las intervenciones sobre el consumo de tabaco y alcohol han estado tradicionalmente enmarcadas en el ámbito de las acciones preventivas. La OMS define la prevención de la enfermedad como las medidas destinadas a evitar la aparición de enfermedades, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida⁴. Sin embargo, respecto al consumo de sustancias nocivas, se ha utilizado también y muy frecuentemente los términos de prevención primaria, secundaria y terciaria²⁸⁷. Así, incluyen en la prevención primaria todas las medidas dirigidas a evitar la aparición de la conducta, siendo su objetivo prioritario la disminución de la incidencia. La prevención secundaria abarca las medidas de intervención para detectar y tratar precozmente a los afectados y evitar el paso a la cronicidad. Su objetivo es disminuir la prevalencia. Por último, la prevención terciaria se refiere a la rehabilitación y la reinserción social. Aunque centrarse en reducir los riesgos derivados del consumo, es solo un complemento necesario cuando ya no existen otras posibilidades⁷².

En 1994 el Instituto de Medicina de EEUU¹⁷⁷, propuso un nuevo marco para clasificar las intervenciones preventivas en intervenciones universales, intervenciones selectivas e intervenciones indicadas, lo cual implicó un enfoque diferente respecto a los conceptos previos de prevención primaria, secundaria y terciaria. El principio orientador de esta clasificación lo constituye la población diana.

- La intervención universal se dirige a toda la población (nacional, local, comunitaria, escolar), principalmente a través de la escuela y la comunidad. Tiene por objeto impedir o

retrasar el inicio del consumo de drogas y los problemas relacionados, dotando a los jóvenes de las competencias para ello¹⁷⁷.

- La intervención selectiva se dirige a grupos o familias específicos, o bien a comunidades en las que las personas, a causa de sus escasos vínculos sociales y recursos, pueden ser más propicias a desarrollar un hábito de consumo de drogas¹⁷⁷.
- La intervención indicada tiene el propósito de identificar a los individuos que exhiben signos tempranos de abuso de sustancias y otros comportamientos problema. Los factores que se identifican incluyen, repetición de cursos, problemas conocidos de consumo, o trastornos de conducta, alienación de los progenitores, de los grupos de escuela, de grupos de iguales, etc¹⁷⁷.

Las diversas intervenciones descritas en esta apartado, aunque identificadas mediante diferentes terminologías, coinciden en un punto estratégico, contienen acciones centradas en la capacitación de las personas en la toma de decisiones para la realización de hábitos saludables y evitar el desarrollo de hábitos no saludables, es decir, acciones de promoción y educación para la salud.

1.3.2. Modelos explicativos de la conducta que sustentan la educación para la salud

Es necesario partir de un marco teórico para comprender el problema del consumo de sustancias nocivas y de cómo enmarcar la intervención educativa en el mismo. Realizar un programa basado en un adecuado modelo nos permite manejar y cambiar los factores que facilitan el consumo y potenciar los factores que lo dificultan⁷².

Las teorías y modelos explicativos de la conducta han ido evolucionando a partir de los años 50, y los principios en los cuales se posicionan son diversos y algunos de ellos se complementan entre sí. Evidentemente la evolución de estos modelos ha precedido al desarrollo de los programas educativos que ha sido considerable desde los años 60 y 70. Llegados a este punto es necesario profundizar en los modelos teóricos sobre los que se basan los programas de intervención.

Las teorías cognitivo-sociales postulan que existen múltiples influencias multidireccionales en el comportamiento, incluyendo los factores cognitivos y sociales²⁸⁸. En la dimensión cognitiva, el factor que adquiere más importancia es el de autoconfianza o evaluación de la confianza de uno mismo en la realización de una conducta determinada. En la dimensión social el factor de mayor interés es el apoyo social. Entre los modelos que siguen estas teorías destacan los que a continuación se detallan.

A lo largo de los años 50 y 60 se desarrolló el modelo de creencias en la salud²⁸⁹. Durante las últimas décadas este modelo ha sido una de las aproximaciones psicosociales más ampliamente utilizadas para explicar la conducta relacionada con la salud. Sus elementos fundamentalmente son la percepción de la susceptibilidad y severidad así como los beneficios y las barreras percibidas.

Posteriormente, surgen programas basados en el modelo racional o informativo, que parten de la creencia de que lo que ocurre es que el adolescente no tiene suficiente información sobre los efectos negativos del consumo de sustancias nocivas y, por tanto, al proporcionarle dicha información se soluciona el problema. Todo ello se fundamenta en que las personas pueden cambiar su conducta al estar informadas sobre el grado y la naturaleza del daño asociado a un comportamiento dado; el modelo presupone que la información por sí sola produce cambios del comportamiento²⁹⁰. También se le denomina modelo tradicional ya que es el que más se ha mantenido en el tiempo. No obstante, en algunas ocasiones estos programas han tenido un efecto negativo, incrementando el consumo que se quería evitar debido a diferentes factores tales como el proporcionar información inadecuada para ciertas edades, el aumentar la curiosidad o al no percibir los destinatarios los mensajes del mismo modo que los entendían los que los transmitían, entre otros²⁹¹. Hasta ese momento lo que subyace a todo esto es que el conocimiento cambia las actitudes. Se asume además que el cambio de actitudes es lo que permite a la persona tener unas intenciones y una conducta de acuerdo con ellas, no obstante, esto no siempre es así⁷². Aunque actualmente todas las revisiones sobre este tema plantean que solamente la información no es suficiente para producir el cambio de conducta, sin embargo, la formación sobre conocimientos siempre debe ser una parte necesaria en toda intervención educativa²³⁸.

Otro grupo de teorías que ha tenido una gran relevancia son las teorías actitud-conducta. De ellas destacan la teoría de la acción razonada¹⁹⁶ y la teoría de la conducta planificada²⁹¹ las cuales argumentan que el principal factor que determina el comportamiento es la intención del sujeto.

Desde mediados de los años setenta, distintos autores abogan por un modelo de competencia cuya clave es intervenir anticipándose a los problemas para evitarlos, más que tratar de ayudar a los sujetos a superarlos. Se centra en dos objetivos: promover la competencia individual y desarrollar comunidades y organizaciones competentes²⁹².

Finalmente a partir de los años 80 se imponen los programas basados en teorías integrativas y comprensivas. Un modelo integrador es el modelo de influencia social o psicosocial que parte de distintos estudios, tanto el de la psicología social²⁹³, como el de la teoría cognitiva social²³¹ y el de estudios sobre los antecedentes del consumo²⁹⁴. Estos programas consideran imprescindible el concepto de autoeficacia y contemplan los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El ambiente social es de gran importancia, así la mayoría de las personas experimentan con las sustancias en este ambiente, no a solas. En nuestro medio el consumo de alcohol es utilizado en celebraciones y su uso es normativo. Cuanto mayor sea la exposición a modelos que desarrollen la conducta, mayor probabilidad existirá de consumir esa sustancia. Teniendo en cuenta esta teoría, la intervención debe proporcionar nuevos modelos de conducta ejemplarizantes²³¹.

Pero el ambiente social no lo es todo. La personalidad y los factores de riesgo conductual también son de gran importancia. El manejo adecuado de las situaciones de riesgo, sus habilidades en las mismas y el participar en alternativas sin dichas sustancias dificulta el inicio al consumo. Por ello, los programas basados en estos modelos dan gran relevancia al aprendizaje de habilidades sociales específicas.

Conjuntamente, surge el modelo de habilidades generales o habilidades para la vida. Se basa en la idea de una multicausalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes y por lo tanto cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos y facilitándoles el que sean capaces de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de dichas deficiencias²⁹⁵.

Influenciado por estas corrientes, el modelo ASE²⁹⁶ (Attitudes-Social influences-self-Efficacy) defiende que las actitudes, las influencias sociales y las expectativas de eficacia (autoeficacia) constituyen las tres clases de factores cognitivos más importantes que interactúan con la conducta.

Existe otro tipo de teoría denominado modelo transteórico¹⁹⁷ basado en dos componentes para modificar las conductas, las etapas de cambio y los procesos de cambio. Es muy utilizado para explicar el periodo de inicio, adquisición y cesación del hábito tabáquico, aunque cada vez se emplea más para argumentar el proceso de cambio de otras conductas²⁹⁷. Este modelo ha ido evolucionando¹⁹⁸, contemplando un continuo de una serie de etapas (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento) cuya identificación en el adolescente marcaría la pauta de la intervención.

Directamente relacionado con el consumo de sustancias hay que mencionar una teoría bastante desarrollada y aceptada desde los años 50, la teoría de la escalada, que indica una secuencia general de progresión estable y acumulativa del consumo de sustancia entre los adolescentes. Teorías similares son la teoría secuencial o el modelo de etapas de adquisición del consumo, que se han confirmado en distintos estudios en Estados Unidos y en otros países entre los que figura el nuestro²⁹⁸. Sin embargo, no hay que olvidar que esto hay que considerarlo en términos de probabilidad y no de causalidad. Esto viene a decir que aunque el uso de una droga previa no implica inevitablemente pasar al consumo de la siguiente, los estudios ponen de manifiesto que entre los consumidores de marihuana hay pocos que previamente no han utilizado tabaco y alcohol, o que los que han utilizado drogas ilícitas no hayan consumido previamente tabaco, alcohol y marihuana. La hipótesis de la escalada ha sido revisada recientemente, afirmando que se cumplen las proposiciones de la secuencia y la asociación, pero la proposición de causalidad no tiene apoyo evidente en este momento²⁹⁹. Por ello, sabemos que si se previene el consumo de tabaco y alcohol la probabilidad de consumo de cannabis y otras drogas disminuye. No obstante, sostienen que el consumo de una sustancia nociva para la salud está influenciado no sólo por el consumo de drogas previas, sino por otros factores como la personalidad, el estilo de vida y factores ambientales. La intervención educativa debe, por tanto, centrarse en poner en marcha acciones para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del

consumo de las distintas sustancias centrándose en las variables del individuo y del sistema social, así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas⁷².

Las teorías hasta ahora planteadas son variadas y presentan enfoques diferentes de tal forma que es factible su complementación sin ser excluyentes entre ellas.

Los modelos teóricos sustentan la acción pero en la última década del siglo XX surgen modelos específicos dirigidos a la práctica cuya finalidad principal ha sido planificar las intervenciones educativas. Uno de ellos es el modelo PRECEDE-PROCEDE²⁹⁹ que pertenece al grupo de modelos integradores que se complementan como modelos explicativos de la conducta y que tuvieron su desarrollo hace años. Dicho modelo organiza los factores internos que predisponen al individuo tales como las variables sociodemográficas, conocimientos, actitudes, experiencias, motivaciones, creencias, etc. Asimismo organiza los factores de refuerzo que influyen en la modificación de la conducta que se pretende adquirir, como son la recompensa o el castigo; el análisis de las personas importantes de su entorno y/o la percepción de apoyo y reconocimiento por parte de la sociedad. Considera que en el desarrollo de la conducta influyen además las habilidades psicológicas y físicas así como los recursos constituyendo todos ellos los factores capacitantes o facilitadores de la misma. El modelo PRECEDE-PROCEDE incide en la importancia de diseñar un programa educativo dirigido por los factores identificados en la valoración integral.

1.3.3. Intervención educativa en el contexto escolar

Se considera una realidad que el abuso de las drogas catalogadas como legales, tabaco y alcohol, está afectando muy negativamente al desarrollo personal y social de los adolescentes. También es evidente que existen instituciones y organismos que tienen claras competencias en relación a este tema, destacando entre otros el marco escolar, con múltiples y variadas razones que justifican la necesidad y conveniencia de desarrollar acciones de promoción y educación para la salud desde el mismo³⁰⁰. Entre ellas podemos destacar:

- La Ley Orgánica de Ordenación del Sistema Educativo LOGSE²⁶¹ y actualmente la Ley Orgánica de educación LOE²⁶² contemplan la escolarización obligatoria hasta la edad de los dieciséis años, permitiendo el acceso a la mayoría de los adolescentes.

- En los países de mayor nivel socioeconómico, la población adolescente permanece la mayor parte del tiempo en la escuela.
- Al igual que otras muchas conductas relacionadas con la salud y el bienestar, el inicio en el consumo de tabaco y alcohol y la posterior habituación, se produce a una edad en la que pre-adolescentes y adolescentes se encuentran escolarizados. Por ello, desde la escuela se puede hacer un trabajo relevante para la prevención de ese consumo.
- La escuela continúa siendo una institución fundamental de socialización para reforzar los valores, normas y conductas aceptables de la sociedad. Por ello, la acción no debe centrarse exclusivamente en la adquisición de aprendizajes instrumentales o de tipo académico, sino también en aquellos aprendizajes para la vida que permitan a los alumnos la adquisición de estilos de vida saludables.
- La escuela es el marco que puede ofrecer el proceso educativo sistemático y organizado que mejor se adapte a los distintos momentos evolutivos de la persona. Precisamente este período de la adolescencia, abarca las etapas más importantes de la formación de la personalidad e incluso las etapas más críticas de su desarrollo.
- La finalidad última de la educación es el desarrollo integral de la persona, debiéndose tener en cuenta que los problemas derivados de un uso inadecuado o abusivo del tabaco y del alcohol van a incidir negativamente en la consecución de este objetivo.
- La escuela es un ambiente protector, se supone que está libre de drogas. Ofrece canales eficaces para educar a otros segmentos de la población: el personal escolar, las familias y los miembros de la comunidad. Asimismo potencia las relaciones entre familia y escuela.

La conveniencia de realizar estrategias de promoción de la salud en el contexto escolar con jóvenes está justificada porque⁹⁶:

- Se desarrollan en una población donde la prevalencia es alta y los beneficios potenciales para la vida futura son más elevados.
- Resultan económicas al llegar a una población grande y tratan de alcanzar objetivos de salud amplios (evitar el consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol o las drogas, prevenir la obesidad, fomentar el desarrollo de habilidades para la vida, etc.).

1.3.3.1. Sistema educativo

El sistema educativo español, primero con la LOGSE y posteriormente con la LOE establece un marco legal que posibilita, de forma real y efectiva, trabajar la promoción de hábitos saludables mediante la educación para la salud. Hasta el 2006, esta fue considerada un tema transversal³⁰¹. Los contenidos transversales³⁰² son aquellos que, por su diversidad, no pueden formar parte de ninguna asignatura concreta, pero que, en cambio, deben estar presentes en todas y cada una de ellas. Actualmente, la LOE incorpora la promoción de hábitos saludables en las competencias, los objetivos y contenidos de las diferentes etapas de la enseñanza obligatoria. De este modo, el sistema educativo contempla la educación integral de la persona a través del desarrollo de habilidades, valores, y actitudes que permitan dotar al estudiante de las herramientas adecuadas para la toma de decisiones sobre su salud y la de los que le rodean.

Es importante destacar la incorporación de la promoción y educación para la salud en los distintos niveles de concreción curricular: Proyecto Educativo de Centro (PEC), Proyecto Curricular de Etapa y Programación de Aula.

La educación para la salud precisa de un tratamiento multidisciplinar. Los contenidos establecidos para cada una de las áreas de la educación secundaria obligatoria en el diseño curricular base, permiten abordar la promoción de la salud desde los contenidos propios de cada asignatura, incluyendo aspectos relacionados con la misma. Toda intervención exigirá una adaptación del Proyecto Curricular de Etapa y de las programaciones de aula a las nuevas intenciones educativas^{96,303}, lo cual implicaría el diseño de unidades didácticas específicas o la integración en las ya creadas, de actividades dirigidas a potenciar decisiones saludables respecto al tabaco y alcohol; así como el desarrollo de metodologías adecuadas que potencien las capacidades y recursos personales relacionadas con las posibles situaciones de consumo.

Otro instrumento potente es el plan de acción tutorial. La tutoría debe contemplarse como un espacio idóneo para el desarrollo de acciones dirigidas al fomento de hábitos saludables. Muchos de los programas que abordan el consumo de tabaco y alcohol establecen actuaciones enmarcadas dentro de los planes de acción tutorial.

Además, las actividades de promoción y educación para la salud pueden llevarse a cabo de forma coordinada desde las áreas y las tutorías, dándole un tratamiento curricular y tutorial a la vez. Lo que requerirá la elaboración de un programa de intervención coordinado.

1.3.3.2. Promoción y Educación para la salud en la escuela

En la actualidad existe consenso en Europa sobre la necesidad y la urgencia de fomentar la promoción y educación para la salud en las escuelas. Asimismo hay acuerdo en que si se quiere que ésta sea una práctica habitual en la totalidad de los centros, deben ser los propios educadores los que asuman la responsabilidad principal de su ejecución, integrándola en su trabajo diario con los alumnos.

A pesar de que la LOGSE, y posteriormente la LOE aportaron un marco favorable para el desarrollo de la promoción y educación para la salud, en la realidad, muchos autores^{181,242,304,305} han encontrado diversas dificultades que se oponen al desarrollo de la misma. Entre ellas:

- Falta de motivación del profesorado y resistencia de la escuela para cambiar formas de comportamiento y escalas de valores. La escuela es un reflejo de la sociedad y en su currículum oculto se plasman situaciones, hechos o acciones que son una concreción de las actitudes sociales más dominantes. Algunas de las mismas son contrarias a la salud. Esto es difícil de erradicar si no se consigue la participación de otros colectivos (padres, instituciones municipales, asociaciones de la comunidad), así como la implicación y la voluntad de la escuela.
- El problema de la rigidez de la institución escolar (horarios, programaciones, etc.) que obstaculiza el contacto directo con el entorno y la actividad interdisciplinar. La inclusión de la promoción y educación para la salud en los proyectos curricular y educativo de centro, al ser documentos en cierta medida consensuados, puede solventar problemas de rigidez de horario, salidas del centro escolar, o la coordinación entre las áreas.
- Ausencia de directrices metodológicas comunes para la incorporación de la promoción y educación para la salud al currículum escolar dentro de la organización escolar existente por asignaturas. Abrirse un hueco entre ellas cuando se trata de una estructura ya

consolidada no es tarea fácil. Es necesario tener en cuenta una serie de aspectos que deben quedar plasmados en el proyecto curricular y en las programaciones de aula.

- Necesidad de concretar los contenidos en promoción y educación para la salud. No se trata únicamente de crear actitudes positivas hacia determinados estilos de vida saludables, sino de procurar un aprendizaje significativo de determinados conceptos, procedimientos y habilidades personales y sociales. Aunque parece existir un consenso generalizado sobre los temas de salud a abordar en las escuelas, es necesario dar prioridad a los más adecuados a las características del alumnado y a las necesidades y problemas detectados en el centro educativo o en el ámbito a que pertenezca.
- Necesidad de formación del profesorado en esos temas. Para llevar a cabo la promoción y educación para la salud en el ámbito escolar, se requiere por parte del profesorado una preparación que le permita conocer los principales problemas de salud que afectan a la sociedad en general y a los alumnos en particular, así como elaborar y diseñar actividades didácticas que permitan a los alumnos traducir en comportamientos los conocimientos que van construyendo.
- Escasa tradición del trabajo en equipo, especialmente con padres y otras instituciones. Esta es una de las dificultades a la hora de elaborar el proyecto curricular, y mucho más si se trata de proyectos interdisciplinarios. Todo lo que ocurra en la escuela, sus condiciones higiénicas, la organización de sus espacios, la didáctica empleada, el clima que en ella se respire, son elementos que aumentarán o disminuirán el nivel de salud de los escolares. Asimismo, si los temas abordados en las aulas no se ven apoyado por los valores y la práctica diaria de la escuela, de los hogares o de la comunidad, los mensajes se debilitan a los ojos de los alumnos. Por ello es necesario el trabajo conjunto con padres y con otros miembros de la comunidad, ya que son una fuente de recursos que hay que utilizar en el desarrollo de la promoción y educación para la salud.
- El problema de la evaluación. Si difícil resulta concretar los contenidos en materia de promoción y educación para la salud, más difícil resulta evaluarlos, especialmente los referentes a los aspectos actitudinales y comportamentales. Por eso es necesario que el profesorado cambie su metodología didáctica, realizando actividades de aprendizaje que

le ofrezcan puntos de observación en los que fijarse para poder evaluar los cambios producidos en el alumnado.

Evidentemente superar estas barreras y alcanzar la situación óptima para el desarrollo de la promoción y educación para la salud no es tarea fácil. Así, se puede apreciar en nuestro país, como aún existiendo el marco legal que obliga a realizarla, es decir, la realidad normativa (LOGSE, LOE, diseño curricular base, decretos del currículum, PEC, Proyecto Curricular de Etapa, etc.), esta no se corresponde con la realidad educativa.

La integración y el desarrollo de la promoción y educación para la salud exige su incorporación en el proyecto curricular y en las programaciones de aula, tras la planificación de los siguientes aspectos³⁰⁴:

- Reflexión conjunta de lo que significa enseñar salud.
- Análisis del contexto sociocultural del centro, priorizando los objetivos y contenidos de salud a tratar.
- Implicación de todos los miembros de la comunidad educativa: alumnos, padres, profesores, personal no docente, sanitarios, etc.
- Contextualización de los objetivos generales de etapa.
- Impregnación de salud en los objetivos de las áreas.
- Abordaje de su desarrollo en el proceso de secuenciación y organización de contenidos.
- Consideración de los objetivos de salud en los criterios metodológicos y de evaluación.

Nuestro país ha experimentado en los últimos años considerables avances para el desarrollo de programas de promoción y educación para la salud en el ámbito escolar³⁰⁶, entre los que se podrían mencionar, la creciente implicación institucional tanto en el ámbito nacional, autonómico y local; un creciente interés profesional e institucional por alcanzar la máxima calidad y efectividad en las intervenciones; la creciente disponibilidad de resultados provenientes de la investigación experimental sobre la efectividad de intervenciones; mayor experiencia en la aplicación de proyectos; gran disponibilidad de materiales de calidad; así como un incremento del interés social por la salud.

Para ser eficaz, la promoción y educación para la salud en los centros educativos debería adoptar medidas de amplio alcance, tanto en su concepto como en sus contenidos, y estar además adecuadamente dotada de recursos. Esto supondría:

- Desarrollar en el PEC y en el plan de estudios, políticas de centro y prácticas escolares que fortalezcan la promoción y educación para la salud.
- Fomentar la participación de agentes extra-escolares (familia, servicios sanitarios y otros servicios comunitarios).
- Crear un entorno físico y psicosocial de apoyo a los contenidos curriculares.

Partiendo de esta consideración, el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, y el Ministerio de Sanidad y Consumo, elaboraron un documento que constituye un instrumento de referencia en la planificación de programas de promoción y educación para la salud en el ámbito escolar⁹⁰. En él se plantea una propuesta integradora e integral para el desarrollo de estrategias en este campo, que puedan llevarse a cabo desde el PEC y desplegarse en cuatro dimensiones de trabajo, siguiendo la filosofía de las Escuelas Promotoras de Salud. Las dimensiones de trabajo que propone son la dimensión curricular, dimensión del entorno interno del centro, dimensión familiar y dimensión de coordinación y colaboración con los recursos externos del centro.

- Dimensión curricular. Hace referencia a los métodos y a los contenidos educativos necesarios para promover habilidades en salud adaptados a cada etapa educativa en el marco de la LOE (Infantil, Primaria y Secundaria). Los contenidos finales del currículum para cada una de estas etapas educativas serán los que debe adoptar cada centro en función de los contenidos marcados por la LOE; los contenidos introducidos por cada comunidad autónoma en el marco de sus competencias; por último, los contenidos específicos, según sus necesidades objetivas en todos los aspectos relacionados con la salud.
- Dimensión del entorno interno del centro. Hace referencia al marco normativo interno del centro, más allá del cumplimiento estricto y la adecuación a la legislación vigente. Comprende actuaciones relacionadas con el ambiente del centro, infraestructuras, así

como con la necesidad de promover el contacto y la coordinación entre todos los agentes que conforman la comunidad escolar, incluyendo el profesorado, alumnado, gabinete psicopedagógico, responsables de servicios ofertados en el centro, etc.

- Dimensión familiar. Hace referencia a todas las actuaciones que se desarrollan, desde:
 - o El centro educativo hacia las familias, a través de escuelas de madres y padres, de la asociación de madres y padres de alumnos (AMPA), etc., con la intención de mejorar las habilidades familiares para la gestión y promoción de la salud.
 - o Las propias familias hacia la comunidad escolar, que puedan contribuir a mejorar el estado de salud de la población escolar.

- Dimensión relacionada con la coordinación y aprovechamiento de los recursos externos. Al igual que sucede con las dimensiones anteriores, la evidencia disponible, indica que para optimizar la eficacia de los proyectos educativos de promoción y educación para la salud, es importante considerar el apoyo y coordinación de los recursos comunitarios. Por ello esta dimensión, hace referencia a todas aquellas actuaciones destinadas a incrementar el conocimiento, el intercambio de información y la coordinación de actuaciones entre el centro y los recursos socio-sanitarios del entorno inmediato (centro de salud, servicios sociales, instalaciones deportivas o de ocio y tiempo libre, asociaciones vecinales, de comerciantes, etc.).

Considerar el despliegue de estas cuatro dimensiones para integrar un programa de promoción y educación para la salud en el marco escolar, conlleva la necesidad de coordinación a distintos niveles. Esta coordinación implica aunar esfuerzos y voluntades en pro de una meta común, y también definir y distribuir bien las tareas entre los participantes en el proyecto.

Los posibles niveles de coordinación y responsabilidades propias de cada uno de ellos, que nos propone el documento editado por los Ministerios de Educación y Sanidad y Política Social⁹⁰, se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Posibles niveles de coordinación en un proyecto de promoción y educación para la salud y responsabilidades propias de cada nivel

Nivel de coordinación necesario	Quién tiene la responsabilidad	Función
Coordinación técnica del proyecto	Equipo responsable del proyecto (dirección y claustro)	- Planificación, gestión y coordinación técnica
Coordinación de agentes implicados	Profesorado y otros profesionales implicados (responsable comedor, orientadores, etc.)	- Coordinación de la aplicación del proyecto dentro del centro - Aplicación del proyecto
Coordinación externa con otras instancias o instituciones	Profesorado representante del centro, agentes externos implicados (municipales, sanitarios, AMPAS, comunidad, etc.)	- Intercambio de información sobre actuaciones de cada institución - Exploración vías cooperación - Prevención solapamientos - Definición cooperación - Fomento participación familiar

Fuente: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

Escuelas Promotoras de Salud. La idea de las Escuelas Promotoras de Salud surge en 1986, en Peebles (Escocia)³⁰⁷, a partir de estudios previos que sobre la educación para la salud en la escuela, llevaron a cabo organismos tales como la OMS, el Consejo de Europa y la UNESCO.

Uno de sus fundamentos es el hecho de que toda la vida y el entorno de una escuela pueden convertirse en una fuerza promotora de salud.

El objetivo principal de las Escuelas Promotoras de Salud es contribuir al desarrollo de la salud del alumnado y el de la comunidad donde se ubica, promoviendo actitudes y conductas que lo posibiliten y donde se concede especial importancia al ámbito social. En consecuencia, trata de capacitar a sus alumnos, personal docente y no docente, y a la comunidad que la integra, para que lleven a cabo acciones encaminadas a lograr una vida, una escuela y una sociedad más saludable.

Por todo ello cuando una escuela desarrolla sus orientaciones y su política interna de promoción y educación para la salud, debe revisar su propia postura ante este tema en cuanto al conjunto de elementos que componen la vida escolar. Las Escuelas Promotoras de Salud, serían aquéllas que integran las siguientes oportunidades educativas:

- Currículum formal. Lo que el alumnado aprende en el aula, a través del desarrollo de contenidos de promoción y educación para la salud integrados en los currícula educativos.
- Currículum oculto y valores implícitos. Lo que el alumnado aprende por la vía de su pertenencia a una comunidad escolar, de sus costumbres, de sus tradiciones, de su organización y estructuras físicas, etc. En definitiva todos los elementos que educan, que desarrollan actitudes y comportamientos pero que no forman parte del currículum formal.
- Relaciones de la escuela con la familia y la comunidad. Lo que el alumnado aprende a través de su entorno escolar, por el hecho de vivir en una familia, por los intercambios que realiza con otros grupos de influencia, por los medios de comunicación y sectores que trabajen en el campo de la salud, como pudiera ser el sanitario.

Impulsada por instituciones como la OMS, la Comisión de la Unión Europea y el Consejo de Europa, en 1990, surge la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Esta red inicial ha dado paso recientemente a la red SHE (*Schools for Health in Europe Network*)³⁰⁸, que es una plataforma de escuelas para la salud en Europa cuyo principal objetivo es apoyar a organizaciones y profesionales en el campo del desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela. La red está coordinada, desde Europa, por NIGZ, un Centro Colaborador de la OMS para la Promoción de la Salud Escolar y desde España por el Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa, del Ministerio de Educación, como coordinador nacional. Actualmente forman parte de la red SHE, 43 países europeos. Nuestro país cuenta con 160 escuelas, de siete Comunidades Autónomas adscritas a esta red, entre las cuales no se encuentra la Comunidad Canaria.

No obstante en nuestra comunidad autónoma en 1998, se creó la Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud. Esta se constituyó para alcanzar el objetivo de promocionar la salud y las formas de vida saludables de todos los escolares canarios, tras el acuerdo de colaboración entre las Consejerías de Sanidad y Consumo, y la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias y los Ayuntamientos para la coordinación de actuaciones en materia de salud. En Abril de 1997 se celebraron en Telde (Gran Canaria), las Primeras Jornadas de Promoción de la Salud en la escuela, concluyendo las mismas con la necesidad de crear una Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud. Esta se concibe como una estrategia de apoyo a la idea de las Escuelas Promotoras de Salud, dentro del marco

conceptual y metodológico propuesto por la OMS, y siguiendo los principios de descentralización en la organización, planificación, gestión y coordinación.

1.3.3.2. Agentes implicados en la promoción y educación para la salud

Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, la promoción y la educación para a salud en la escuela requiere de la participación de diferentes agentes destacando entre ellos al profesorado, la familia y los profesionales sanitarios.

Profesorado. Como miembro de la comunidad educativa es un buen agente de promoción de la salud debido a la cercanía e influencia que ejerce sobre los estudiantes. Los docentes son profesionales con una alta cualificación desde el punto de vista pedagógico, están formados para educar y son el mejor instrumento social para transmitir conocimientos y actitudes saludables y duraderas^{308,309}. Después de la familia, los profesores son los actores principales para alertar a los jóvenes de los peligros del consumo de tabaco y alcohol y enseñarles tanto a reconocer las ventajas de su no uso como a desarrollar habilidades que les permitan enfrentarse de un modo eficaz a los estímulos externos que les incitan a fumar y a beber. El profesorado ha de trabajar para que su escuela sea promotora de salud, procurando que el alumnado sea agente de salud y potenciando cambios en los estados de opinión hacia conductas saludables³¹⁰. Por ello, ya desde la década de los 90 se ha considerado como un criterio de excelencia para estos programas el que sea impartido fundamentalmente por profesores, previamente formados³¹¹. Al analizar la formación de pregrado en educación para la salud del profesorado de la ESO podemos decir que es escasa³¹². En un principio, anteriormente a la entrada del Plan de Bolonia, el profesorado de la ESO había obtenido la licenciatura en materias curriculares tales como matemáticas, biología, física, historia, etc., careciendo de la oferta de la educación para la salud en los planes de estudios de las diversas titulaciones. Una revisión³¹³ de 131 planes de estudios, publicada en el informe SESPAS 2000, analiza todas las materias troncales con sus descriptores y las áreas de conocimiento a las que se adjudican, buscando en primer lugar el descriptor educación para la salud, en segundo lugar promoción de salud y por último, áreas más amplias como Salud Pública, Medicina Preventiva y Educación. Se llega a la conclusión de que en la educación universitaria la promoción y la educación para la salud tienen una importancia curricular bastante pobre incluso, existiendo diplomaturas en las que aún siendo necesaria no estaban incluidas. Un requisito para que el

licenciado pudiera acceder a la docencia era la realización del Curso de Adaptación Pedagógica (CAP) en el que la formación en educación para la salud constituía una pequeña parte de la instrucción en el proceso de enseñanza-aprendizaje³¹⁰. Pero, en el primer ciclo de la ESO también imparten docencia los profesores diplomados en Magisterio que solicitaron la habilitación durante el periodo de adaptación de la LOGSE. Si bien la normativa integró la educación para la salud en el currículum escolar, esto no conllevó la inclusión de esta materia en la formación básica del profesorado diplomado como materia troncal obligatoria. Llama la atención, en el informe SESPAS, que en ninguna de las especialidades de Magisterio existiera la educación para la salud como troncalidad o descriptor. Se observó que la formación de pregrado en educación para la salud muestra algunas lagunas por el carácter de optatividad que presentaba en la mayoría de los planes de estudio de este país³⁰⁴. Actualmente, los nuevos planes de estudios de la titulación de Magisterio, diseñados dentro del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) mejorará el nivel de formación en educación para la salud en un futuro cercano. Pero, en el momento actual, para conseguir la implicación del profesorado en estas intervenciones educativas es imprescindible ofrecerle formación básica en educación para la salud y formación específica en materia de tabaco y alcohol³¹⁴. En el ámbito profesional, la Consejería de Educación de las comunidades autónomas oferta cursos de formación continuada. Dicha formación también se puede obtener trabajando en estrecha colaboración con el personal sanitario¹²⁶, antes y durante la realización de los programas educativos.

Profesionales sanitarios. La coordinación con otros agentes de promoción es una opción que se considera importante. El hecho de que el equipo de profesores se plantee la posibilidad de dar cabida, dentro del desarrollo de su actividad en este sentido, a otras instituciones sociales y comunitarias que tengan vinculación con la realidad social de los estudiantes puede reforzar o potenciar la intervención educativa. Existe un convencimiento generalizado de que la participación de otras instituciones puede enriquecer poderosamente la labor a desarrollar con los estudiantes. Nos estamos refiriendo a organismos, colectivos o instituciones que comparten con el centro escolar la responsabilidad de proporcionar a los adolescentes espacios y ámbitos de desarrollo personal y social, entre los que destacan los ayuntamientos, los equipos de salud, las organizaciones juveniles, los animadores sociocomunitarios, etc.⁹⁶.

En concreto, los profesionales de los servicios de salud, especialmente de atención primaria, desempeñan un papel clave en las acciones de promoción de la salud y en ayudar a los jóvenes en el entrenamiento y desarrollo de habilidades que le permitan escoger, entre las diferentes ofertas, la más saludable. Indudablemente el profesional sanitario también es un agente clave para la promoción de la salud. En este sentido, existen algunas evidencias de que, cuando se invita a los jóvenes a acudir a los servicios sanitarios para hablar sobre sus preocupaciones y se les ofrece un seguimiento, se observan cambios positivos sobre algunas conductas de riesgo (tabaquismo, consumo de alcohol, alimentación poco saludable)³¹⁵. Sin embargo, parece que los jóvenes no identifican al personal médico como consultor y tienen dificultades para hablar con él sobre temas como las drogas³¹⁶. También es un dato a considerar que los adolescentes no reconozcan que los servicios sanitarios sean útiles para tratar el tabaquismo, ni para su prevención¹⁶⁴. Sin embargo, cuando el profesional sanitario acude al centro escolar, hay estudios descriptivos en los que los estudiantes admiten preferir como vía de comunicación a los sanitarios¹⁰⁹.

El desarrollo de proyectos de promoción y educación para la salud desde la óptica de las escuelas promotoras de salud con participación de profesionales sanitarios no solo potencia capacidades en los alumnos sino que además permite mejorar los conocimientos de los profesores aportándoles seguridad para desarrollar los temas en las aulas y favorece el desarrollo de hábitos saludables en todos los colectivos implicados²⁸⁶.

En el marco de la atención primaria el papel de la educación para la salud se considera muy importante. En la cartera de servicios de atención primaria del INSALUD 2001³¹⁷ de los 38 servicios existentes hay 25 que incluyen aspectos de educación para la salud. Del conjunto de 183 normas definidas en la cartera de servicios, hay 45 relacionadas con actuaciones de educación para la salud³¹⁸. Dichas normas se corresponden con actuaciones de información, consejo individual, educación a grupos y educación en centros educativos. Sin embargo, en la literatura consultada, las actividades realizadas son predominantemente talleres prácticos, de corta duración y con poca continuidad en el tiempo³¹⁹.

La enfermera de atención primaria tiene un lugar privilegiado como receptora de necesidades de la comunidad y a la vez como promotora y educadora en salud y por lo tanto no puede ser una mera observadora en un campo de acción tan importante como puede ser la

comunidad educativa. Ya desde los años 70, Lalonde⁵ defiende la capacidad de cuidar del profesional de enfermería mediante el desarrollo de la educación para la salud y propone elevar el rango del cuidar al mismo nivel que el rango de curar. Diversos estudios destacan al profesional de enfermería de atención primaria como al más implicado en las actividades educativas y como principal responsable de todos los programas de promoción^{319,320}. Reivindican que la educación para la salud en grupo de la población sana sea un pilar básico de la atención primaria y que la enfermera comunitaria sea el profesional de referencia.

Al analizar la formación inicial del profesional de enfermería en educación para la salud, según el informe SESPAS 2000, el descriptor educación para la salud aparece en los planes de estudios de esta titulación y los contenidos metodológicos se encuentran incorporados a diversas asignaturas obligatorias y/o en asignaturas con carácter de optatividad. El nuevo panorama formativo ofertado por el EEES ha posibilitado incorporar asignaturas específicas de educación para la salud en los nuevos planes de estudio, así como el acceso a diversos master que profundizan en este campo. A nivel profesional está apoyada por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias³²¹ que dice *corresponde a los diplomados universitarios en Enfermería, la dirección, evaluación, y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades*. Además con el Real Decreto de Especialidades³²² se da un nuevo impulso a la enfermería familiar y comunitaria y por ende a su participación en la escuela.

Al igual que los docentes, los profesionales sanitarios que acuden a los centros educativos suelen argumentar determinadas dificultades para el óptimo desarrollo de la educación para la salud en la escuela entre las que se encuentran las siguientes¹⁶⁰:

- Problemas para compatibilizar el horario laboral del profesional sanitario con el horario escolar.
- Demasiadas horas lectivas produciendo en los alumnos excesivo cansancio a la hora del desarrollo de las actividades.
- Inclusión de un elevado número de alumnos por actividad con la finalidad de aprovechar el horario y la visita.

- Existencia de diferentes edades dentro de un mismo centro, debiendo adaptar las actuaciones a cada perfil escolar y en consecuencia hablar en el nivel de registro lingüístico correspondiente. En algunos centros con pequeño número de alumnos por curso, mezclan a todos los alumnos en una misma sesión.
- Falta de formación pedagógica del personal sanitario para trabajar con los escolares.
- Falta de autoridad del personal sanitario ajeno al centro al no poder evaluar a los alumnos.
- Efecto rebote pues el estudiante en principio piensa que las charlas están impregnadas de doble moralidad e incluso manipuladas, por lo que las rechazan.

La literatura³²³ sugiere que la implicación de los servicios sanitarios en los centros de enseñanza tiene éxito solamente en el marco de programas de promoción de la salud escolar; asociados a un programa escolar total y cuando el trabajo de los profesionales sanitarios está subordinado a la labor del profesor y es complementario a ésta. Por otra parte hay autores que abogan por una asignatura específica semanal de educación para la salud o título semejante. Piensan que el actual sistema implementado en la escuela a través de la transversalidad se hace inoperante en muchos casos, no se imparte tal transversalidad o no tiene la intensidad que necesita para surtir el efecto deseado³²⁴.

La familia es uno de los agentes externos cuya implicación en la escuela es indispensable. Existe consenso generalizado en que la influencia de la familia es determinante en la construcción de la personalidad e identidad de los estudiantes y que ésta influye poderosamente en la adquisición de las pautas de relación que van a mantener con sus iguales y con el mundo adulto. De igual forma, somos conscientes de que en la adquisición de valores y hábitos, la familia tiene un papel relevante. Apoyados en estas consideraciones, se puede afirmar que la participación de los padres en el desarrollo de actividades de promoción es fundamental para la consecución de los objetivos fijados en todo programa educativo. Es cierto que muchas intervenciones pueden desarrollarse estrictamente dentro del marco escolar y sin la implicación directa de las familias; pero también es cierto y así lo defienden muchos autores^{325,326}, que la eficacia de las mismas será mucho mayor si se cuenta con la colaboración de los padres.

Alguno de los interrogantes que suelen surgir al plantear dar cabida a los padres en aquellas actividades o acciones que se planifican, están relacionados con el grado de implicación que pueden o deben tener los padres, cómo conseguirlo o cuál es la función o papel del investigador en relación con esta posible participación. Dar una respuesta afirmativa a estas cuestiones e incorporarlas al diseño y desarrollo de acciones de promoción de la salud va a permitir enriquecer la intervención educativa. Sin embargo, en algunas ocasiones el abordaje del desarrollo de habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar y la concienciación de su importancia como agentes de salud para sus hijos, está limitada únicamente a la escuela de padres.

1.3.3.4. Metodología de las intervenciones educativas

La mayoría de las estrategias de promoción de la salud y reducción de riesgos llevan en sí un componente de cambio comportamental¹³. Por ello, la simple adquisición de conocimientos acerca del tabaco y alcohol, con ser necesaria, no es suficiente para fomentar una actitud positiva hacia el cuidado de la salud. De ahí la importancia de una metodología activa que lleve al estudiante a aprender experimentando. Se considera fundamental la enseñanza de habilidades sociales, haciendo especial hincapié en aquellas que permitan la toma de decisiones razonadas, la expresión de criterios psicosociales, el desarrollo de actitudes y capacidades que favorezcan la resistencia a las situaciones de presión de grupo a las que se encuentran sometidos los jóvenes y la adquisición de competencias comunicativas. Además deben permitir la reflexión sobre la influencia de los mensajes publicitarios en las conductas de iniciación y la búsqueda de alternativas saludables. Estas habilidades las necesitarán a lo largo de la vida.

Todo ello sugiere que los programas de educación para la salud que abordan la promoción de hábitos saludables respecto al tabaco y alcohol deben incluir los siguientes aspectos¹³:

- Identificación por parte del estudiante de las consecuencias sociales del uso de sustancias nocivas para la salud a corto plazo.
- Análisis de las razones por las que los adolescentes consumen sustancias.

- Reconocimiento de que el consumo de sustancias no es una conducta normativa en su grupo equivalente de edad.
- Análisis de los modelos que aporta la publicidad y los mensajes engañosos.
- Prácticas de distintas habilidades para que puedan resistir las influencias del ambiente.
- Razonamiento sobre la afectación del consumo a toda la comunidad, no solamente a ellos.
- Realización de un compromiso público de no consumo.

En Europa, los objetivos de la promoción de hábitos saludables en materia de tabaco y alcohol y otras drogas en el medio escolar parecen haber experimentado cambios en los últimos años. Según el informe emitido por el Observatorio Europeo en el año 2008³²⁷, el desarrollo de habilidades para la vida constituye el objetivo más frecuentemente indicado dentro del campo de las actividades de promoción, mientras que en 2004, la mitad de los países indicaban la concienciación y el suministro de información como los principales.

1.4. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS

En este apartado se describen los diversos sistemas de medición que se utilizan para determinar el éxito o el fracaso de una intervención educativa. Se analizan los programas que se han implementado para ayudar a los adolescentes en el desarrollo de hábitos sanos y se especifican los resultados obtenidos en sus evaluaciones.

1.4.1. Eficacia

Lalonde⁵ en su estudio de 1974, ya plantea la necesidad de investigar los efectos de la promoción de la salud en los cambios de estilos de vida con la utilización de métodos de rigor científico. Desde hace varias décadas para medir dichos cambios y la eficacia de las políticas de salud dirigidas a conseguirlos, se viene utilizando la realización periódica de encuestas de base poblacional, así como de estudios de cohortes longitudinales. Sin embargo, en los últimos años se ha planteado la conveniencia de conocer, basándose en la evidencia científica, las estrategias e intervenciones que han demostrado ser exitosas a la hora de lograr una disminución del consumo de sustancias entre los adolescentes. Esto pone de manifiesto la necesidad de pasar del nivel de supervisión al nivel de evaluación con la finalidad de orientar adecuadamente las prácticas de promoción y educación para la salud³²⁸. Antes de los años 70 en la Unión Europea había poco conocimiento sobre el cual basar el desarrollo de los programas educativos²³⁸. La creación del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) en 1974, supuso un punto de inflexión, al potenciar un periodo de investigaciones importantes en este sentido. Algunos de estos estudios sobre la evaluación de programas relacionados con el abuso de sustancias nocivas pusieron de manifiesto que los más efectivos fueron aquellos enfocados principalmente al inicio del consumo. Evidentemente estos últimos estaban dirigidos a la población adolescente. Posteriormente, en 1996 NIDA avanza y potencia la investigación relacionada con contenidos, estructura e impartición de los programas consiguiendo dar un fuerte énfasis a la selección de estrategias basadas en la evidencia³²⁹. Actualmente en el siglo XXI, los organismos internacionales y de la región europea están implicados en orientar y solicitar la colaboración en la promoción efectiva. Se hace necesario diseñar e implementar medidas e intervenciones que funcionen, basadas en la evidencia científica, las denominadas mejores prácticas³³⁰, Se promueve también documentar la evidencia y difundir los resultados

de las investigaciones que resulten exitosas para disminuir entre los jóvenes el consumo de tabaco y alcohol. Por último se espera que dicho proceso motive a los profesionales a llevar a cabo intervenciones de promoción de la salud y a seleccionar estrategias que aborden de modo efectivo las necesidades y problemas de la juventud²³⁸.

En consecuencia, actualmente la investigación sistemática sobre los efectos de la promoción de la salud para la adopción de estilos de vida saludable, está dirigida especialmente a establecer la eficacia de la intervención. Ésta constituye una medida del buen funcionamiento de una intervención bajo condiciones ideales de investigación³³¹. Evalúa los efectos y las ventajas que la intervención proporciona a los individuos que realmente son alcanzados por la misma, aplicada en condiciones óptimas e ideales, que como es lógico, no son las del trabajo diario¹⁹⁴.

Un nivel más avanzado en la investigación, es la medida de la efectividad la cual se refiere a si las intervenciones consiguen sus objetivos en situaciones reales o escenarios naturales. Evalúa los efectos de la intervención en el conjunto de la población objeto, cuando las condiciones de aplicación son las habituales del ejercicio de la práctica profesional, las cuales, por lo general, están lejos de ser óptimas⁹. El término efectividad se emplea también para describir si un programa logra las metas establecidas y produce resultados medibles³³⁰.

La medición de la eficacia y efectividad se puede estructurar en tres niveles de investigación:

- Nivel primario. Está determinado idealmente por el desarrollo de ensayos controlados, o ensayos controlados aleatorizados (ECA)³³².
- Nivel secundario. Debido al incremento de ECA publicados en años recientes, se ha comenzado a analizar los mismos mediante revisiones sistemáticas o meta-análisis constituyendo el segundo nivel de investigación. Las revisiones sistemáticas explicitan métodos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente los ensayos mencionados, así como para recoger y analizar los datos resultantes, siendo estos últimos los incluidos en la revisión. Pueden ser empleados o no métodos estadísticos (meta-análisis) para analizar y resumir los resultados de los estudios bajo consideración²³⁸.

- Nivel terciario. Posteriormente, para poder sintetizar la evidencia disponible, los investigadores valoran de modo crítico las revisiones sistemáticas relevantes y los meta-análisis. Dicho proceso se denomina revisión de revisiones y también aplica un método sistemático y explícito para identificar las revisiones sistemáticas disponibles y/o meta-análisis.

Pero la medición de la eficacia no está exenta de dificultades. Entre los principales problemas para evaluar la eficacia se encuentran⁹:

- Diseños poco adecuados para evaluar cambios de conducta como ocurre al realizar la evaluación al poco tiempo del desarrollo de la intervención.
- Ausencia de grupo control o imposibilidad de conseguir un grupo control homogéneo.
- Fenómeno de contaminación que afecta a aquellos sobre los que no se interviene, al estar influenciados por los que reciben la intervención³³³.
- Exposición simultánea a otras intervenciones distintas de la que se está evaluando.
- Uso de indicadores blandos basados en la autodeclaración y dificultad de obtener indicadores más duros.
- Diseño difícilmente realizable, con estrategias dirigidas al conjunto de la población, estrategias complejas y con muchos componentes¹⁶⁵.

La intervención educativa no solo tiene que ser eficaz y efectiva, sino también segura; hay que mantener al mínimo el nivel de efectos no deseados. Así pues, deberían considerarse cuidadosamente los riesgos de efectos negativos a la hora de diseñar y evaluar las intervenciones. Ello resulta particularmente importante en el caso de la promoción y educación para la salud en el medio escolar, la cual se dirige a una población amplia y heterogénea. Diversos investigadores³³⁴ describen que el hecho de proporcionar información únicamente sobre los efectos de las drogas, un enfoque muy difundido en Europa, no solo resulta inefectivo, sino que podría conllevar riesgos de efectos no deseados. Lo mismo se aplica a las campañas en los medios de comunicación, que pueden aumentar el riesgo de

incrementar la propensión al consumo de sustancias³²⁷. Una forma de garantizar que los programas se basen en datos científicos y que se reduzca el riesgo de aparición de efectos no deseados pasa por desarrollar programas estandarizados, tanto en lo que respecta al método empleado, como en lo referente a los contenidos de los proyectos de promoción y educación para la salud. Según el último informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías 2008, el número de países que informa de la existencia de estándares para el diseño y la evaluación de proyectos se ha incrementado de tres en 2004 a nueve en el 2007³²⁷.

En el ámbito de la promoción y educación para la salud, para medir la eficacia es esencial definir los resultados asociados a la actividad de promoción de la salud. Partiendo de la premisa de que una promoción de la salud eficaz conduce a cambios en los determinantes de la salud, es evidente que las acciones que capacitan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz³³⁵. En el campo específico del consumo de sustancias nocivas las acciones de promoción tienen por objeto³²⁸ impedir o retrasar el inicio del consumo de tabaco y alcohol, así como los problemas relacionados, dotando a los jóvenes de las competencias necesarias para evitar que se inicien en dicho consumo.

Entre las diversas formas de medir la eficacia de la promoción y educación para la salud se encuentran aquellas que evalúan³³⁵:

- Los resultados intermedios de salud, representados por los determinantes de la salud y cuya modificación es un objetivo fundamental de la promoción de la salud.
- Los resultados de la promoción de la salud, constituidos por los factores personales, sociales y estructurales que se pueden modificar con el fin de cambiar los determinantes de la salud. Estos resultados representan también el impacto más inmediato de las actividades planificadas de promoción de la salud.

Para otros autores^{336,337}, la medición del efecto de las intervenciones de promoción y educación para la salud implica entre otros aspectos la evaluación del impacto, que mide el efecto inmediato del programa mediante el grado de cumplimiento de los objetivos de

conducta y objetivos educativos. También es primordial comprender el cómo y por qué estas cosas han funcionado, es decir, la evaluación del proceso que mide la ejecución correcta del programa.

En este contexto, lo ideal sería que la base de evidencia de la eficacia de la promoción de la salud estuviese constituida por datos derivados de diversas fuentes, con metodologías de investigación tanto cuantitativas como cualitativas. Ello permitiría una comprensión más completa, que con frecuencia trasciende la mera complementariedad y extrae datos que no revelaría ninguno de estos métodos por separado³³⁵.

No es necesario solamente que se identifique los factores que hay que medir sino que el método de investigación empleado para la evaluación sea también adecuado. El proceso de revisión sistemática utilizado en la medicina basada en la evidencia ha identificado los ensayos controlados aleatorizados como el patrón de oro de la evaluación de las intervenciones³³². En la mayoría de los programas escolares la evaluación por medio de la aplicación de un diseño ECA ha aportado importantes avances en el conocimiento de la eficacia. Sin embargo, es posible que los ECA sean demasiado restrictivos para los programas basados en la comunidad y para amplios programas comunitarios que utilizan estrategias de intervención múltiple³³⁵.

1.4.2. Intervenciones educativas eficaces, sobre tabaco y alcohol realizadas en población adolescente

La calidad y la cantidad de las intervenciones educativas desarrolladas en los últimos tiempos ha aumentando considerablemente. La mayoría de las escuelas en Norteamérica tienen en su currículum educativo contenidos dirigidos a evitar el uso de sustancias nocivas entre los jóvenes³³⁸. También en todos los países europeos³²⁸ existen actividades de ámbito universal en las escuelas, aunque con distintos contenidos y grados de cobertura. Algunas, no solo incluyen incrementar los conocimientos sobre los efectos de dichas sustancias sino también la modificación de los valores, actitudes y creencias, las cuales son asumidas como factores influyentes en la conducta. Otras son estructuradas y utilizan el aprendizaje entre iguales como una forma interactiva de comprometer al alumnado. Además las hay que buscan construir habilidades de resiliencia altamente específica, mientras que existen intervenciones que son más pasivas y aspiran simplemente a ofrecer a la juventud información. Los programas

de promoción y educación para la salud desarrollados en la escuela también varían según el grado en que se imparte el programa, el nivel de intensidad e interacción y el tipo de actitud o conducta que el programa busca modificar³³⁸.

Hasta principios del siglo XXI, la medición de la eficacia de los programas educativos implementados en la escuela, se realiza fundamentalmente en EEUU³³⁹. A partir de este momento, dicha medición comienza a desarrollarse en Europa³⁴⁰, considerándose sin embargo muy poco extendida en la actualidad³²⁸. Así, en nuestro país la valoración del Plan Nacional de drogas 2000-2008¹⁶⁵ reconoce que su propuesta de acciones no se acompaña de un análisis sobre la evidencia de su efectividad.

En esta misma línea, si bien existe una notable oferta de programas por parte del Ministerio de Educación al sistema educativo, lo cierto es que la mayoría de los que llegan a la escuela no ha sido objeto de ninguna evaluación previa que demuestre sus resultados¹⁶⁵. Aunque sólo algunos programas han demostrado su capacidad para reducir el consumo de tabaco y alcohol y retrasar la edad de inicio, no obstante esta ausencia de evidencia sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones no debe servir de argumento para la inacción frente a problemas graves como el de la drogodependencia.

Todo programa no solo debe tener una buena fundamentación teórica sino que tiene que tener una buena base empírica basada en la evidencia de su eficacia. Hoy se puede acceder a dicha información a través del *Center for Substance Prevention CSAP*³⁴¹ (Norteamérica); a través de la red EDDRA, del Observatorio Europeo de Drogas de Lisboa (Unión Europea) y en España a través del catálogo de programas de prevención de drogodependencias, incluido en el EDDRA³⁴².

Hoy en día existen múltiples estudios de reconocida calidad científica que se han dirigido a examinar los efectos de los programas de promoción de la salud en la escuela. Por un lado, un notable grupo de autores^{337,343,344,345} concluye que dichos programas son eficaces para evitar el inicio y/o reducir el consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes. Por otro, pese a estos prometedores resultados y aunque existe consenso acerca de la necesidad de evitar el consumo de sustancias en las escuelas, se ha puesto en tela de juicio la efectividad global de las intervenciones en el medio escolar³⁴⁶. Este hecho ha sido argumentado por otros investigadores^{246,347,348,349} al poner de manifiesto que el efecto de los programas escolares

parece ser menor del esperado y que probablemente decae con el tiempo. Se podría considerar que se limita a un retraso en el inicio del consumo en sujetos no consumidores y a una reducción de la cantidad de consumo en algunos sujetos consumidores. Sin embargo, se continúan diseñando programas para ayudar a reducir los riesgos asociados al consumo de tabaco y alcohol entre los jóvenes basándose en los argumentos aportados por diversos estudios³¹¹ que indican que las intervenciones dirigidas al ámbito universal, correctamente diseñadas y estructuradas pueden ser eficaces, desarrollándose incluso criterios de excelencia para estos programas.

Los programas para la prevención del tabaquismo implementados en las escuelas, especialmente a nivel internacional como ya se comentó anteriormente, han sido ampliamente desarrollados y evaluados, mediante diversas revisiones^{347,348,350} de ensayos controlados aleatorios de intervenciones dirigidas a evitar que los adolescentes comiencen a fumar. Sin embargo, han sido escasas las revisiones similares para evitar que los jóvenes comiencen a beber^{345,351}, aunque en los últimos años han ido aumentando las revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre uso de drogas en general^{352,353}.

Así pues, los múltiples programas evaluados^{325,339,354,355,356,357,358,359,360,361,362,363,364,365,366,367,368,369,370,371} muestran diferentes niveles de eficacia, destacando el *Hutchinson Smoking Prevention Project (HSPP)*³³⁹, un estudio extenso y riguroso, con un programa de 8 años de duración, desarrollado durante 15 años, que no encuentra efectos a largo plazo sobre el hábito de fumar. Igualmente, el estudio *Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.)*³⁰⁰, de dos años alternativos de intervención y con una duración total de 5 años al incluir el periodo de seguimiento, no muestra efectos positivos. Sin embargo, el proyecto *D.A.R.E. plus Project*, entre otros, sí encuentra efectos^{354,363,367}.

A nivel europeo destaca entre otros^{372,373} el *European Smoking prevention Framework Approach (ESFA)*³⁷⁴, autodefinido como un ensayo de intervención comunitaria al incluir acciones en la escuela, con los padres y en la comunidad. Se trata de una intervención de cinco años de duración, integrado por seis países de la Unión Europea entre los que se encuentra España (Madrid y Barcelona). Aunque se observa una reducción del efecto del programa en las evaluaciones de seguimiento, muestra un retraso en el inicio del consumo en el grupo intervención. En otra línea se ha de resaltar el estudio *European Drug Addiction Prevention*

Trial (EU-DAP)³⁴⁰, de seis meses de implementación y desarrollado en siete países de la Unión Europea (Bilbao). El programa muestra la persistencia de los efectos positivos respecto a los casos de embriaguez en el seguimiento a los 18 meses y desaparición del efecto respecto al consumo diario de tabaco. Al igual que el ESFA, al haberse llevado a cabo en diferentes países pone de manifiesto la posibilidad de alcanzar resultados similares en los mismos³²⁸.

En nuestro país, también han sido evaluadas diversas intervenciones, mostrando algún grado de eficacia o efectividad^{333,375,376}. Si bien se han desarrollado algunos programas con un notable rigor en sus contenidos, falta todavía reunir más evidencia sobre la efectividad de muchas de las intervenciones¹⁰⁵.

Los programas implementados en la escuela comprenden una amplia variedad de intervenciones. Hay que destacar que la evaluación de los programas se centra cada vez más en la investigación rigurosa sobre las formas de intervención, con el objetivo de poder discernir lo que funciona de lo que no, y en consecuencia, lo que conviene aplicar y lo que conviene eliminar para nuestros propósitos de promoción de la salud³⁷⁷. Las revisiones bibliográficas³²⁷, que se han realizado respecto a la eficacia y efectividad de las características y ciertos componentes de las intervenciones educativas en el medio escolar muestran los siguientes datos:

Influencia del modelo utilizado. Los programas que incluyen componentes basados en el modelo de las influencias sociales obtienen un efecto no muy amplio pero positivo en comparación con otros tipos de programas^{345,348,366,378}, demostrando ser más eficaces al incidir en los factores que actúan en las primeras etapas del consumo^{215,377}.

Las intervenciones localizadas en la literatura que han utilizado el modelo PRECEDE muestran su eficacia en la reducción de la experimentación y el consumo de tabaco^{374,375}.

Programas informativos. El supuesto que los fundamenta es que las personas podrían cambiar su conducta al estar informadas sobre el grado y la naturaleza del daño asociado con un comportamiento dado³³⁸. Aunque las estrategias puramente informativas son utilizadas por la mayoría de los países en Europa³²⁷ en sus intervenciones en el medio escolar, no existen

pruebas sólidas para ofrecer este tipo de programas. Así, al revisar la literatura se observa que desde las primeras aportaciones, hasta la actualidad, se pone de manifiesto su falta de eficacia y efectividad^{338,345,347,369,379,380,381,382}. Por lo tanto, la simple información sobre los aspectos nocivos del consumo de diversas sustancias no basta. A pesar de ello, casi todas las revisiones sobre el tema plantean que ofrecer hechos es un componente necesario de cualquier currículo de educación en sustancias³³⁸.

Entrenamiento de habilidades para la vida. Se trata de una estrategia con influencia del modelo psicosocial. Actualmente, se considera que trabajar habilidades para la vida es muy efectivo^{72,327}, tal y como muestran algunas investigaciones^{340,354,375}, destacando el EU-DAP³⁴⁰ y el Programa de Entrenamiento de Habilidades para la Vida de Botvin³⁵⁴. Dicho entrenamiento incluye el potenciar el desarrollo de habilidades sociales y habilidades personales. Por un lado, la potenciación de habilidades sociales puede llevar a los adolescentes a implicarse en actividades de no consumo de drogas y a incorporarse en nuevos tipos de redes sociales que contengan iguales o pares de bajo riesgo, en vez de iguales de alto riesgo. Las habilidades que más se trabajan en dichos programas han sido la asertividad, las habilidades de comunicación y las habilidades de resistencia a la presión de los iguales o habilidades de rechazo. Por otro lado, también es necesario potenciar las habilidades personales entre las que destacan el desarrollo de habilidades en la toma de decisiones, el establecimiento de metas, la auto-eficacia y el auto-control.

Modificación de creencias normativas. Se trata de una estrategia psicosocial. Abordar las creencias normativas significa corregir la creencia muy generalizada en la adolescencia de que el consumo de sustancias entre los iguales es normal y frecuente³³¹. La revisión de la literatura muestra que el énfasis en las creencias es evidentemente efectivo^{327,340}. El proyecto EU-DAP, a través de su programa *Unplugged* trata de corregir las creencias normativas que existen sobre el consumo de sustancias consiguiendo los resultados anteriormente descritos³⁴⁰.

La comunidad científica plantea que la incorporación de la educación normativa debe implicar una valoración detallada de las creencias de los grupos diana para los diferentes tipos

de sustancias y el desarrollo de estrategias para contrarrestar las mismas³³¹. Ello conlleva luchar, entre otras cosas, contra las tácticas de la publicidad del alcohol y el tabaco que lanzan mensajes de normalización del consumo.

Programas educativos que abordan el multiconsumo o el consumo de una sola sustancia. En la revisión de intervenciones que realizó la OMS³⁸³ se observa en algunos estudios que los programas educativos dirigidos a los estudiantes mayores de 12 años deberían abordar una sola sustancia, mientras que la población escolar de menor edad se podría beneficiar de una intervención más general en sustancias. Los resultados de la revisión también indican que los programas contra el tabaco son tres veces más efectivos que los programas dirigidos a múltiples sustancias. Igualmente sucede con los programas antialcohol, aunque no son tan exitosos como los programas antitabáquicos. Por último, la OMS aconseja orientar el desarrollo del programa en base a la sustancia que causa el mayor daño y coste en la comunidad y la que sea más consumida.

Sesiones de repetición. Ofrecen la oportunidad de reforzar y construir mensajes durante un número de años, adaptando los mismos a la edad y desarrollo del estudiante. Los estudios que aportan información respecto al número de sesiones recomendadas difieren en sus resultados, pero la generalidad aboga por un mayor número de sesiones en el año inicial y menos sesiones en los años sucesivos²³⁸. Otros autores sugieren aumentar las sesiones de repetición si los datos de prevalencia indican un aumento del consumo o un cambio en el contexto. Asimismo, se recomienda que los programas educativos dirigidos a evitar el consumo de sustancias en la escuela se desarrollen durante un número de años y que ayuden a construir habilidades, conocimientos y experiencias en los jóvenes en la medida en que progresan a través del tiempo.

Momento de la medición de la eficacia. Las intervenciones en el medio escolar dirigidas a evitar el consumo de tabaco y/o de alcohol, si bien a corto plazo son efectivas³⁴⁵, con el tiempo muestran una reducción del efecto positivo en los escolares^{333,348}. Esta pérdida

de efectividad se ha asociado a la necesidad de un abordaje integral de la intervención, tanto individual, escolar como social. Para poder alcanzar este modelo se necesitaría un conocimiento mayor de la población de estudio que incluya características sociales, psicológicas y de consumo del entorno¹⁹¹. Sin embargo, hay estudios²¹⁵ que afirman que un programa con una duración entre 5 y 10 horas muestra una reducción de la incidencia de nuevos fumadores, manteniendo su efecto durante 5 o 6 años.

Por otro lado, hay pocas pruebas sólidas de que los programas realizados en las escuelas, sean efectivos a largo plazo para prevenir el comienzo del hábito de fumar^{347,350}. Diversos meta-análisis³⁵⁰, argumentan que solo una minoría de los estudios catalogados de buena-alta calidad, a largo plazo han reportado claramente efectos positivos^{354,367}. Grandes estudios multicéntricos como *Unplugged*³³⁹, no encuentra efectos a largo plazo tras la realización de un programa de 8 años sobre el hábito de fumar.

La clave que determina que un programa educativo sea exitoso es que sea capaz de impactar significativamente en la conducta. En algunas revisiones se argumenta que el impacto reducido de un programa en los años siguientes a su implementación no necesariamente es un aspecto negativo, puesto que el período en el que está teniendo un impacto ofrece una ventana añadida de oportunidades de prevención que no hubiera sido posible sin dicho programa. Además, el estudiante objeto de las intervenciones puede tener una mayor capacidad para abandonar el consumo³⁸³.

Programas interactivos. Los programas interactivos son, como mínimo, de dos a cuatro veces más efectivos que los programas no interactivos³⁸³. La OMS recomienda el intercambio de ideas y experiencias por parte de los jóvenes en todo programa educativo. La oportunidad de practicar nuevas habilidades y de obtener retroalimentación sobre la práctica de las mismas, actúa como un catalizador del cambio, más que cualquier característica de contenido crítico del programa. Se plantea que, si los programas actuales fueran reemplazados por programas interactivos, la efectividad de la educación dirigida a evitar el consumo de sustancias en las escuelas aumentaría en un 8,5%.

Algunos estudios ofrecen algunas consideraciones prácticas importantes relacionadas con la implementación de programas interactivos a nivel de escuela y a nivel de aula. Se

plantea que dichos programas son más difíciles de desarrollar y que requieren que el profesorado posea habilidades especializadas en técnicas interactivas, para implementar esos programas de modo efectivo²³⁸.

Interacción con iguales y líderes iguales. Entre la literatura revisada¹³ se ha encontrado que los programas que incluyen como mediadores a estudiantes de la misma edad son más efectivos que los programas sin esos iguales. Otros estudios³⁸⁴ sin embargo, plantean un dilema en torno a la utilización de los estudiantes como líderes facilitadores en los programas educativos lo que requiere una mayor investigación en este campo. Existen dificultades asociadas a este proceso, destacando la selección de líderes de grupos sociales que ya existen entre el alumnado; el entrenamiento y el tiempo requerido para su adecuada preparación; y el currículum escolar que ofrece pocas oportunidades para introducir a iguales de más edad y procedentes de otros sitios. Mientras la investigación avanza, la OMS recomienda que los jóvenes que actúen como líderes iguales lo hagan bajo la supervisión del personal implicado en los programas³⁸³. Actualmente, en algunos estudios se plantea que la interacción entre pares y no la presencia de líderes, es el componente clave de este tipo de programas. En base a este criterio sería necesario brindar gran cantidad de tiempo para interactuar e intercambiar ideas durante las actividades dirigidas a la tarea.

Intervención con la familia. Un programa que aborde el círculo familiar constituye otro enfoque bastante frecuente. En la revisión europea de la OMS³²⁷, se observa que de los 27 países, once notificaron una oferta completa o extensa de reuniones y encuentros familiares. Dicho enfoque ha demostrado un grado de eficacia constante en distintos estudios³⁵³, encontrando en los Países Bajos un programa combinado escuela-padres que ha conseguido reducir el consumo de alcohol³⁸⁵. Sin embargo, generalmente la formación y el asesoramiento intensivo a las familias se ofrece de forma limitada, centrándose principalmente en el suministro de información.

Profesionales responsables de las intervenciones educativas. La educación para la salud es un instrumento de la promoción de la salud y por tanto competencia de los profesionales sanitarios, sociales y educativos. La evidencia de la eficacia de cada uno de estos profesionales no está muy estudiada pues la mayoría de los meta-análisis^{347,350} no muestran diferencias respecto a quién administra los programas. Pueden incluir investigadores, profesores de aulas, profesores de ciencias de la salud, profesionales de la asistencia sanitaria, estudiantes de pregrado o de posgrado, pares adolescentes u otros.

Ha quedado claro y viene determinado en la LOGSE y posteriormente en la LOE, que el profesorado es un agente de salud indispensable, incorporando los contenidos de promoción y educación para la salud en el diseño curricular de una forma transversal. Pero el hecho de que dichos temas estén presentes en el currículo es condición necesaria, aunque no suficiente, para que impregnen la acción educativa de un centro en su conjunto. En múltiples trabajos^{366,375} los docentes, tras un periodo de entrenamiento dirigido por el equipo investigador, han sido los responsables de coordinar e implementar la intervención educativa, obteniendo resultados positivos. Sin embargo, los programas con poca o ninguna inversión en la formación de los profesores y en la entrega de recursos de apoyo han ofrecido poca evidencia de su eficacia³³⁵.

Por otro lado, partiendo de la premisa de que al personal sanitario le corresponde de forma especial la actuación de mediador a favor de la salud en cualquier contexto social³⁸⁶, las diferentes investigaciones tratan de medir la eficacia de los programas de promoción y educación para la salud, mediado por profesionales sanitarios³³³. También existen referencias en la literatura sobre la evidencia de la eficacia de los programas educativos con enfoque integral en el que el trabajo del equipo de atención primaria es complementario al del equipo educativo^{319,387}.

Entornos escolares protectores. Para realizar un programa en el ámbito escolar debe trabajarse de forma globalizada e interdisciplinaria, lo que presupone que el proyecto sea asumido por toda la comunidad educativa e incorporado a los distintos planes de estudio en el marco de la disciplina transversal de educación para la salud. Lo que se muestra más eficaz es la creación de un ambiente social contrario a la droga, junto con el fomento de presiones

positivas ejercidas por compañeros considerados líderes⁹. La creación de entornos escolares protectores en Europa se cita con mayor frecuencia como principal objetivo en 2007 que en 2004. A nivel europeo las estrategias ambientales mencionan en 2009 iniciativas dirigidas a crear un clima positivo y protegido en las escuelas mediante actuaciones como el establecimiento de normas estrictas sobre la posesión y el consumo de sustancias. En este sentido, en 20 países está terminantemente prohibido fumar en todas las escuelas, y 18 países cuentan con una oferta completa o extensa de medidas antidroga en los centros de enseñanza³²⁷. Algunos países del norte de Europa han elaborado además el concepto de un entorno positivo protegido a escala de la comunidad, a través de planes municipales de acción contra el consumo de alcohol.

Estrategias ambientales. Los datos indican que las intervenciones que se adaptan al contexto social y van dirigidas a mejorar el clima social en las escuelas y las comunidades, son eficaces para cambiar las creencias normativas y, en consecuencia, el consumo de sustancias³⁵². Las estrategias ambientales, entre otras, suelen incluir medidas legislativas relacionadas con la prohibición de fumar, los precios de los productos, los mensajes publicitarios y la disponibilidad de las sustancias, estimándose que en el caso del tabaquismo la reducción puede ser del 3% al 4%. No obstante, demostrar que determinados cambios en la prevalencia del consumo de tabaco pueden estar relacionados con la introducción de leyes integrales de prevención del tabaquismo no es tarea fácil. La prevalencia del consumo no es estable a lo largo de los años, y hay que analizar con mucho detalle la tendencia reciente antes de la puesta en marcha de nuevas normas. Por este motivo, los estudios antes y después que no tienen en cuenta la tendencia previa pueden llegar a conclusiones erróneas. En España, con la información disponible^{388,389}, en general, el descenso en la prevalencia de fumadores, en el número de cigarrillos consumidos, y así como el aumento del abandono de tabaco, reflejan una continuación de la evolución temporal a medio plazo observada antes de la entrada en vigor de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaco²⁶⁸. En Europa, las recientes regulaciones puestas en marcha en los últimos años no han demostrado, hasta el momento, un efecto directo sobre el consumo de tabaco. Así, en Irlanda³⁹⁰ se observa un efecto de reducción en el consumo a muy corto plazo, que posteriormente se vuelve a recuperar; en Noruega³⁹¹, Escocia³⁹² e Italia³⁹³ se mantienen también las tendencias.

Las estrategias ambientales de lucha contra el alcohol varían mucho en Europa. En algunos países se está estudiando la fijación de precios mínimos para el alcohol y la prohibición de su publicidad. Un ejemplo es la decisión de Irlanda de incluir el alcohol en las nuevas estrategias de lucha contra el abuso de sustancias³²⁸. En España, la Ley General de Publicidad²⁷⁷ modificada por la Ley 29/2009, de 30 de diciembre³⁹⁴, regula la prohibición de publicidad en televisión de bebidas alcohólicas superiores a 20º.

El establecimiento de unos límites de edad supone una barrera legal a la accesibilidad a las bebidas alcohólicas. Aunque los datos no son consistentes, hay evidencias suficientes de que cuanto más baja es la edad permitida para el consumo de alcohol, mayor es el consumo en la población y mayor es la incidencia de problemas relacionados con la bebida, particularmente en los menores de 20 años³⁹⁵.

Se ha calculado que, aproximadamente, por cada incremento de un 10% en el precio del tabaco, se reduce la demanda en un 4%. Especialmente sensible a este tema es la demanda por parte de los adolescentes y los jóvenes, en los que el descenso del consumo llega a ser proporcional al incremento de los precios^{396,397}.

Una revisión de la eficacia de los programas de prevención en Estados Unidos³⁹⁸ indica que las intervenciones políticas encaminadas a la restricción del consumo de tabaco por parte de los jóvenes, tales como las leyes sobre lugares libres del humo del tabaco, el incremento de los precios a través de la fiscalidad, la contra-publicidad y la aplicación de las leyes vigentes que restringen las compras de tabaco a los menores de edad, se deben combinar con los programas de prevención desarrollados en el centro escolar con el fin de optimizar su efecto a largo plazo.

Concretando y para finalizar este apartado hay que tener en cuenta que una de las cuestiones más importante en la actualidad, después de más de casi tres décadas de iniciativas diversas para evitar el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas entre los jóvenes, es el establecimiento de criterios para decidir qué programas e intervenciones son eficaces y efectivas y cuáles no. Algunos de los programas que han demostrado ser efectivos se han desarrollado en Estados Unidos y no está claro que puedan ser implementados de la misma forma en otros países. Pudieran no adaptarse a circunstancias culturales locales o

simplemente no ser igualmente efectivos en esas culturas. Los programas pueden ser mejor diseñados para un grupo de población usando información local. Estos datos permiten adaptar el programa a fluctuaciones en prevalencias a través del tiempo para las nuevas poblaciones de jóvenes, así como incorporar los factores individuales, microsociales y macrosociales existentes en dicha sociedad.

Por todo ello, es importante extraer de la literatura científica algunos criterios o estándares de calidad, basados en la evidencia, para aplicar a las intervenciones dirigidas a evitar el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas en la escuela, y con los jóvenes en general. Entre los criterios extraídos de esta revisión se distinguen los siguientes:

- La promoción y educación para la salud debe iniciarse antes del primer gran incremento del consumo.
- La promoción y educación para la salud ha de guiarse por el principio de acción, fundamentada en modelos teóricos explicativos de las variables a modificar.
- Los mejores programas 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^{123,345}.
- Las intervenciones deben ser múltiples y ajustarse al estadio cronológico del proceso de iniciación y consolidación del hábito así como guardar relación con los cambios del desarrollo social y cognitivo de los adolescentes.
- Los mensajes emitidos a los escolares deben acompañarse de una política de espacios sin humo en el medio escolar.
- Las intervenciones deben estar orientadas a resultados cognitivos y sociales junto con un cambio de conducta.
- Las intervenciones educativas en el medio escolar son efectivas a corto plazo, siendo el mantenimiento del efecto a medio y largo plazo mucho menor.
- Los programas deben ser de amplio alcance, relacionando el centro de enseñanza con los organismos y sectores encargados de la salud.



- Debe tenerse en cuenta la capacitación de los profesores a través de la formación, así como la provisión de recursos²⁸⁷.
- Los programas en la escuela pueden mejorar en su rendimiento cuando se complementan con actividades en la comunidad y en el entorno social^{345,359}.
- La promoción y educación para la salud debe enmarcarse en el desarrollo complementario de unas políticas públicas adecuadas.



1.5. JUSTIFICACIÓN

Actualmente existe suficiente evidencia acerca del papel predominante de los estilos de vida en la salud¹⁰ y la instauración de la mayoría de los hábitos en el periodo de la adolescencia⁹⁷. Según ESTUDES¹⁰⁹ el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas se encuentran entre las principales conductas que se inician en dicho periodo destacando las elevadas prevalencias de consumo entre los jóvenes, el aumento de los consumos de riesgo de alcohol, así como el inicio cada vez más precoz de ambas conductas. No se trata de una situación nueva, pero la escala en la cual está sucediendo ahora es verdaderamente alarmante⁵.

Todos somos conscientes que el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas ocupan un lugar destacado entre los problemas más importantes de Salud Pública. Existe evidencia científica incuestionable que demuestra que el tabaquismo genera graves daños a la salud, no sólo a quienes fuman, sino también a la de aquellos que de forma involuntaria se ven expuestos al humo del tabaco. Igualmente, son evidentes los efectos a corto y largo plazo derivados del consumo de alcohol en una población cuyo consumo debería ser nulo.

Por ello, las recomendaciones internacionales impulsan el trabajo con los adolescentes en el abordaje de los consumos experimentales, en evitar el inicio y reducir los consumos de riesgo. El Convenio Marco para el Control del Tabaco²⁴⁹ de la OMS fue decisivo para el establecimiento de leyes más restrictivas, así como el objetivo 12 de Salud para el siglo XXI, del Plan de Salud de la Oficina Europea de la OMS³⁹⁹, que considera *Para el año 2015, la proporción de no fumadores en mayores de 16 años debe ser del 80% y que en menores de esa edad debe acercarse al 100%*. Documentos como la Carta Europea sobre el alcohol²⁶⁹ y el Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS²⁵⁰ en el año 2005 reafirman la misma tendencia. Recientemente, en 2010, por primera vez, delegaciones de los 193 Estados Miembros de la OMS llegaron a un consenso en la Asamblea Mundial de la Salud respecto a una resolución que afronta el uso nocivo del alcohol, un problema que contribuye a deteriorar la salud a nivel mundial y que puede devastar familias y desgarrar la estructura de la comunidad.

Existe consenso en que las acciones dirigidas a aumentar el nivel de salud en este grupo de edad se han de basar fundamentalmente en la promoción y educación para la salud constituyendo la escuela el entorno propicio para ello. Evidenciada la importancia de implementar intervenciones educativas eficaces, las cuales han de basar su diseño en el análisis de las características de la población, de las conductas objeto de modificación y de los factores individuales y externos que condicionan el desarrollo de dichas conductas, nos lleva en este estudio a plantear las siguientes preguntas de investigación

- ¿Cuál es el perfil de consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes del municipio de Arucas?
- ¿Cuáles son los factores que determinan estas conductas?

Por este motivo el planteamiento de este trabajo requiere una primera fase diagnóstica que trate de responder a las anteriores cuestiones y permita el diseño de una intervención educativa dirigida específicamente a esta población. La existencia de programas estandarizados no debe llevar a la implementación de los mismos sin un proceso previo de adaptación y planificación focalizada y dirigida por un diagnóstico integral.

En las últimas décadas se ha comenzado a desarrollar y evaluar la eficacia de intervenciones dirigidas a fomentar la adquisición de hábitos sanos en este tipo de población, siendo aún escasas en nuestro país. Por ello, tras el desarrollo de la intervención, se planteó la siguiente pregunta de investigación

- ¿Ha sido eficaz la intervención educativa implementada?

En consecuencia, la segunda fase del estudio tiene como objeto medir la eficacia de dicha intervención.

2. OBJETIVOS



2.1. FASE I: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

2.1.1. Objetivo general

- Identificar los factores orientadores para el diseño de la intervención educativa

2.1.1.1. Objetivos específicos

- Describir el patrón de consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes del municipio de Arucas
- Identificar los factores determinantes del consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes del municipio de Arucas

2.2. FASE II: EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

2.2.1. Objetivo general

- Medir la eficacia de la intervención educativa diseñada a partir de los factores identificados en los adolescentes del municipio de Arucas

2.2.2. Objetivos específicos

- Medir la eficacia de la intervención educativa mediante la medición de la modificación de la conducta de los adolescentes del municipio de Arucas
- Medir la eficacia de la intervención educativa mediante la modificación de los factores determinantes del consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes del municipio de Arucas
- Medir la eficacia de la intervención educativa teniendo en cuenta la metodología implementada

3. SUJETOS Y MÉTODOS



3.1. FASE I: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

3.1.1. Diseño

Estudio descriptivo transversal.

3.1.2. Población

La población diana la conformaron los adolescentes de Arucas.

La población de estudio quedó constituida por los adolescentes escolarizados en los institutos públicos de Arucas que cursaban la E.S.O. y 1º de Bachillerato durante el año académico 2003/2004 (Figura 5).



Figura 5. Población de adolescentes

3.1.3. Fuentes de obtención de datos

La información sobre los factores orientadores del diseño de la intervención educativa a llevar a cabo se obtuvo a partir de la población objeto de estudio, y de otras fuentes de información, empleándose para ello diferentes métodos e instrumentos.

Tabla 2. Fuentes de información, métodos y técnicas

Informantes	Método	Técnicas
Población de estudio: adolescentes escolarizados en los institutos públicos de Arucas que cursaban la E.S.O. y 1º de Bachillerato durante el curso académico 2003/2004	Cualitativo	Grupo focal
	Cuantitativo	Cuestionario
Profesores de los institutos públicos de Arucas que impartían docencia en la E.S.O. y 1º de Bachillerato durante el curso académico 2003/2004	Cualitativo	Entrevistas individuales
Profesionales sanitarios de la Zona Básica de Arucas durante el periodo del curso académico 2003/2004	Cualitativo	Entrevistas individuales

3.1.4. Instrumentos de recogida de los datos

La utilización de diversas metodologías requirió el empleo de diferentes instrumentos para la obtención de los datos.

3.1.4.1. Técnica de grupo focal

Esta técnica permitió recoger las opiniones de los jóvenes sobre tabaco o alcohol. Para ello se elaboraron y consensuaron por el grupo de investigación de la ULPGC Educación y Promoción de la Salud dos guiones de entrevista grupal semiestructurada (Anexos 1.a y 1.b). Cada guión abordó uno de los hábitos, estructurándose en base a las siguientes dimensiones:

a) Concepción teórica de las conductas: se refiere a los aspectos cognitivos que los informantes refieren tener acerca del contenido del tabaco y los efectos en el organismo ocasionados por el tabaco o el alcohol.

b) Creencias, actitud y motivación: comprende las ideas y convicciones de que el fenómeno es real o verdadero, las predisposiciones declaradas de los informantes sobre la intención de iniciar o abandonar el consumo de tabaco o alcohol, sobre los estímulos que les impulsa y sobre el significado que los informantes le asignan a fumar o beber.

c) Percepción de riesgo y capacidades: gira en torno a la visión de los informantes en relación al daño que puede ocasionar el consumo de tabaco o de alcohol, a sí mismo y a las personas importantes de su entorno. Recoge también las habilidades individuales y sociales para responder ante dicho riesgo.

d) Relación de convivencia: se refiere a la percepción de los informantes en relación a la tolerancia ante el consumo de los jóvenes y la permisividad de los padres ante el consumo de tabaco o bebidas alcohólicas por parte de sus hijos.

e) Patrón de consumo: abarca las diversas pautas de consumo de los informantes y de las personas de su entorno, tales como cantidad, modo, lugar y edad de inicio.

f) Acciones: recoge las estrategias para promocionar hábitos saludables que refieren haber recibido los informantes, tales como las técnicas que se utilizan, los profesionales implicados, los temas trabajados, los ámbitos de actuación. Recoge además, sugerencia de acciones a desarrollar por los informantes.

g) Tiempo libre: recoge diversas formas de diversión en el tiempo libre, recursos utilizados, recursos económicos de los que disponen y lugares frecuentados.

h) Publicidad: hace referencia a las influencias del mundo publicitario, el reconocimiento por parte de los informantes de la capacidad de persuasión de dicho mundo y el uso indiscriminado de la publicidad en beneficio propio. También recoge la percepción sobre las estrategias disuasorias del consumo llevadas a cabo por diferentes instituciones.

i) Legislación: se refiere a los aspectos cognitivos de la legislación, las opiniones respecto a su aceptación y su cumplimiento.

Las preguntas planteadas en los guiones fueron abiertas y genéricas, con la finalidad de estimular la respuesta de los participantes; asimismo se incluyeron otras de carácter complementario para fomentar en caso necesario la participación. Los guiones fueron previamente pilotados con jóvenes cuyas edades eran similares a las del estudio. Al inicio de cada guión se agregó una hoja con la presentación del trabajo y de la técnica, insistiendo en la importancia del protagonismo de los jóvenes participantes así como de la privacidad de los datos y el anonimato en el análisis.

3.1.4.2. Cuestionario

Para la recogida de los datos se dispuso de un cuestionario de 58 preguntas a cumplimentar por los alumnos, al que se denominó C-Diagnóstico (Anexo 2.a). Este cuestionario fue diseñado con objeto de este trabajo, adquiriendo especial relevancia para la definición de las variables, la información obtenida mediante la técnica de grupo focal.

Asimismo se tuvo en cuenta las recomendaciones de la OMS para cuestionarios sobre consumo de tabaco y alcohol, y las normas habituales de los cuestionarios. Finalmente fueron revisados por el grupo de investigación de la ULPGC Educación y Promoción de la Salud y pilotado en el instituto de Teror, municipio próximo a Arucas, con jóvenes de características similares a los sujetos definitivos del estudio. La hoja de presentación del cuestionario incluyó información sobre el anonimato y la importancia de los datos que se iban a obtener de los jóvenes, con la finalidad de garantizar la confidencialidad y aumentar la motivación. Todas las preguntas eran cerradas, excepto tres de ellas. El cuestionario se estructuró en tres bloques. El primero constó de 10 preguntas relacionadas con las variables sociodemográficas; el segundo incluyó 18 preguntas que abordaron el hábito tabáquico; por último, el tercero planteó 30 preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas. Estos dos últimos bloques profundizaron sobre patrón de consumo, consumo de riesgo, creencias, actitudes, capacidades y entorno.

3.1.4.3. Entrevista individual

Al igual que en la técnica del grupo focal, se eligió la entrevista semiestructurada teniéndose también en cuenta los mismos criterios para la elaboración del guión. Se diseñaron dos versiones, según el grupo de personas al que estaba dirigido, E-docentes y E-profesionales sanitarios (Anexos 1.c y 1.d). Cada guión se estructuró en tres apartados y las dimensiones trabajadas fueron las siguientes:

a) Hábitos de los jóvenes: hace referencia a la creencia de los profesionales acerca de la importancia, el patrón y la evolución del consumo de tabaco y alcohol entre los jóvenes.

b) Acciones: gira en torno a la visión de los informantes respecto a la forma de llegar a los jóvenes e implicarlos en la promoción de hábitos saludables en relación al consumo de tabaco y de alcohol. Además recoge las opiniones, sentimientos e intenciones respecto a las acciones educativas, así como las intervenciones de promoción que refieren haber ejecutado (temas trabajados, ámbitos de actuación, técnicas utilizadas, profesionales implicados, colaboración con otras instituciones y familias). Incluye también las barreras o dificultades encontradas y las propuestas de acciones a desarrollar por los informantes.

c) Perfil de los profesionales: abarca las diversas pautas de consumo de tabaco por parte de los informantes. Incluye también permisividad de los mismos ante el consumo de tabaco en sus centros de trabajo.

El guión contempló un esquema de preguntas estímulo, genéricas y abiertas y además, un listado de preguntas complementarias. En la mayoría de los apartados del guión, las preguntas fueron dirigidas a describir situaciones, identificar barreras y buscar soluciones.

3.1.5. Trabajo de campo

En el proceso de identificación de los factores orientadores del diseño de la intervención educativa, se distinguieron diferentes etapas en el trabajo de campo.

3.1.5.1. Etapa inicial

El trabajo de campo se inició en el mes de enero de 2004, realizándose el contacto inicial con los equipos directivos de los institutos públicos de Arucas. La propuesta de realización del diagnóstico de la situación se llevó al claustro de profesores de cada instituto, siendo aceptada en todos ellos. Los equipos directivos colaboraron solicitando las autorizaciones a la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias y a los padres. Además, asignaron un profesor en cada centro educativo que actuó como persona de contacto.

Paralelamente, se informó de dicha propuesta al equipo directivo de la zona básica de salud y se les invitó a participar. Su implicación consistió en la colaboración puntual de un profesional de enfermería en la recogida de los datos y la disponibilidad de varias salas del Centro de Salud de Arucas para el desarrollo de la técnica del grupo focal.

3.1.5.2. Etapa de obtención de la información para el diagnóstico

- Proceso desarrollado con los informantes adolescentes

Se llevó a cabo durante los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2004.

En primer lugar, se organizaron los grupos focales conjuntamente con los profesores de contacto. Se decidió el cronograma y se ajustó al horario lectivo escolar.

El lugar seleccionado para la realización de los grupos focales fue el centro de salud. Se descartó la posibilidad de desarrollar los mismos en las aulas del centro educativo por tratarse

de un espacio en el que la intimidad, libertad de expresión y anonimato podrían ser perturbados. Los miembros del equipo de investigación Educación y Promoción de la Salud fueron los responsables del desplazamiento de los jóvenes desde el instituto correspondiente al centro de salud, utilizando como medio de transporte el taxi.

Para determinar la muestra estructural se definieron las características predominantes o atributos de la población de adolescentes: género (chico, chica), ciclo académico (primer ciclo ESO, segundo ciclo ESO, bachillerato) y hábito (tabaco, alcohol). La muestra estructural quedó constituida tal y como se muestra en la figura 6.

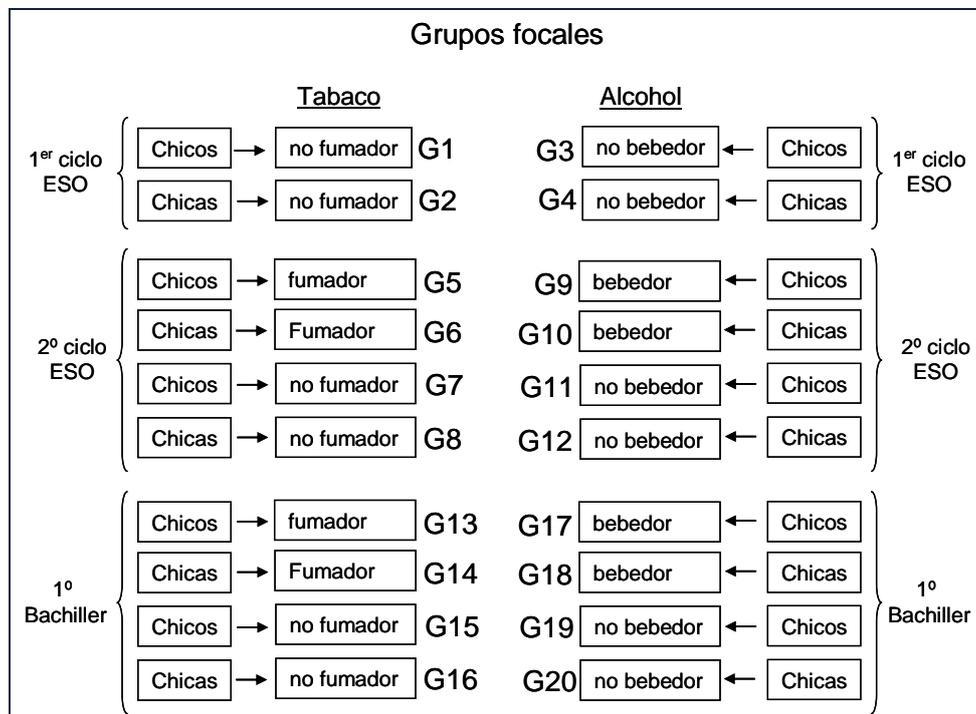


Figura 6. Características de los participantes en cada grupo

El número de grupos se determinó en base a la muestra estructural y quedó sujeto al nivel de saturación de los datos. El tamaño de cada grupo fue aproximadamente de 8 jóvenes, procedentes de los tres institutos. Se seleccionó una población de reemplazo, constituida por dos estudiantes de cada grupo.

Tal y como sugiere la técnica, se invitó a los jóvenes a participar en un debate pero sin informarles sobre el tema de discusión. Las entrevistas grupales conformadas por estudiantes del mismo ciclo académico se realizaron simultáneamente para que no existieran filtraciones sobre los temas del debate. Se utilizó como incentivo, la importancia de sus opiniones, la justificación para ausentarse de las clases durante dos horas y un tentempié de frutos secos durante la actividad.

El desarrollo de las entrevistas grupales fue moderado por un miembro del grupo de investigación y un observador. Se emplearon grabadoras digitales para recoger la información, previo consentimiento informado. Se acordó una duración máxima de dos horas. Las sesiones transcurrieron en un ambiente de cordialidad lo que facilitó que los jóvenes más inhibidos acabaran interviniendo sin dificultad.

Tabla 3. Características principales del trabajo de campo de los grupos focales

Lugar	Aula del Centro de Salud de Arucas
Temporalización	Duración: hora y media Fecha: marzo, abril y mayo de 2004 Horario: últimas horas de la jornada académica
Tipo de entrevista	Semiestructurada, grupal
Procedimiento de contacto	Profesor de contacto
Total de participantes por grupos	8
Registro	Grabadora digital

Se realizó un total de 10 grupos focales en los que se abordó el tabaco (Figura 7), aunque finalmente no se analizó la información obtenida a partir de uno de ellos (1º Bachillerato, chicos, no fumadores), por considerar que un miembro del grupo desarrolló el papel de líder, presionando y condicionando los discursos de los otros componentes.

Para obtener la información referente al consumo de alcohol, finalmente se realizaron 7 grupos focales (Figura 7), debido a la dificultad para localizar a jóvenes de 1º de bachillerato que reconocieran ser bebedores. Sin embargo a lo largo del desarrollo de los grupos focales integrados por los estudiantes no bebedores, fue surgiendo un discurso que evidenció la presencia de bebedores ocasionales y frecuentes. En consecuencia dichos grupos fueron considerados grupos mixtos (bebedores y no bebedores). Por otra parte, el grupo de chicos no

bebedores de 2º ciclo, no se realizó por problemas académicos y organizativos del centro escolar.

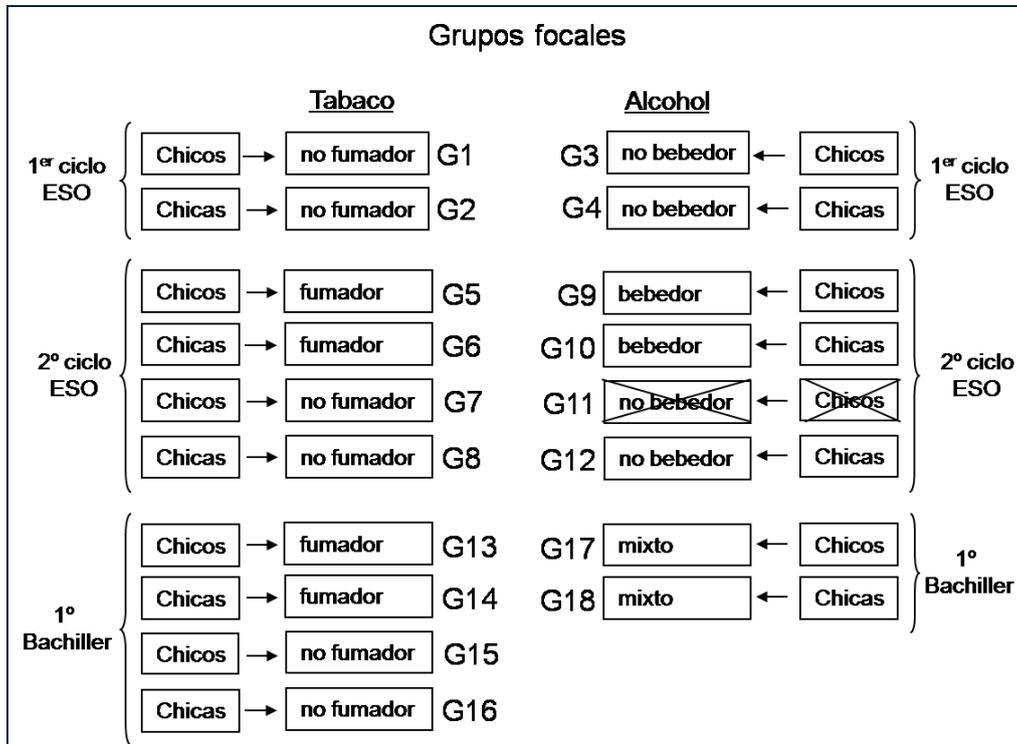


Figura 7. Características de los grupos focales realizados

En el mes de junio se procedió a la administración de los cuestionarios. El cronograma para su realización fue organizado por la investigadora y el equipo educativo (profesor informante, orientadora y tutores). Dicho cuestionario se llevó a cabo en las aulas, en mesas individuales, en horario de tutoría y en ausencia del profesorado para generar un ambiente libre de presiones. Los encuestadores fueron tres miembros del grupo de investigación, con experiencia y que previamente habían participado en su elaboración, y el profesional de enfermería de contacto. La población de estudio quedó constituida por los 1538 estudiantes de 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO y de 1º de Bachillerato de los tres institutos públicos de Arucas. La asistencia a clase el día en el que se realizó el cuestionario determinó el número total de cuestionarios cumplimentados (n=1276), con una participación definitiva del 82,89%.

- Proceso desarrollado con los informantes sanitarios y docentes

Las entrevistas individuales a los profesionales sanitarios se desarrollaron durante tres días del mes de abril. La organización llevada a cabo conjuntamente con el profesional de enfermería de contacto, permitió a los profesionales que iban a ser entrevistados, disponer de una hora de sus respectivas agendas de trabajo. Asimismo, se asignó un despacho para la realización de las entrevistas, se utilizó una grabadora digital y se acordó que su duración no superase la hora.

La muestra estructural quedó conformada por médicos de familia, y enfermeras, de ambos géneros, de la zona básica de arucas. El tamaño de la muestra quedó determinado por el nivel de saturación de los datos. Se realizó un total de 14 entrevistas individuales, 9 a enfermeras y 5 a médicos de familia. A su vez quedó una distribución según género de 7 hombres y 7 mujeres.

Tabla 4. *Características principales del trabajo de campo de la entrevista individual a los profesionales sanitarios*

Lugar	Despacho del Centro de Salud de Arucas
Temporalización	Duración: 1 hora Fecha: abril 2004 Horario: liberado en la agenda de trabajo
Tipo de entrevista	Semiestructurada, individual
Procedimiento de contacto	Profesional de enfermería implicado
Total de participantes entrevistados	14
Registro	Grabadora digital

Las entrevistas individuales realizadas a los docentes se desarrollaron a finales del mes de junio. Por indicación del profesor informante, se eligió para su realización esta fecha, dado que los profesores ya habrían finalizado sus clases con los estudiantes. La sala de profesores y la sala de ordenadores fueron los lugares en los que se realizaron las entrevistas. Se utilizó una grabadora digital y se acordó que el tiempo de duración no superase la hora. La muestra estructural quedó conformada por profesores representantes de las diversas áreas de conocimiento, procedentes de los institutos del municipio de Arucas. El tamaño de la muestra quedó determinado por el nivel de saturación de los datos. Se realizó un total de 12 entrevistas individuales.

Tabla 5. Características principales del trabajo de campo de la entrevista individual a los docentes

Lugar	Salas de profesores y Aula de informática
Temporalización	Duración: 1 hora Fecha: junio 2004 Horario: periodo lectivo sin clases
Tipo de entrevista	Semiestructurada, individual
Procedimiento de contacto	Docente de contacto
Total de participantes entrevistados	12
Registro	Grabadora digital

En la tabla 6 se detalla la temporalización del trabajo de campo que se realizó desde el mes de enero hasta septiembre, durante el año 2004.

Tabla 6. Cronograma del trabajo de campo de la fase I: Diagnóstico de la situación

2004										
Fase I	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	sep	oct	nov
Etapa inicial: presentación, solicitud permisos y organización										
Grupos focales										
Cuestionarios 1º, 2º, 3º, 4º ESO y 1º Bachiller. Toda la población										
Entrevista a docentes										
Entrevistas a sanitarios										
Análisis de los datos										
Organización del diagnóstico										

3.1.6. Descripción de las categorías y variables principales

Los datos recogidos mediante las entrevistas grupales e individuales permitieron analizar para cada dimensión diversas categorías. Los datos recogidos a través de los cuestionarios permitieron analizar variables primarias, secundarias y terciarias.

3.1.6.1. Dimensiones y categorías

En las tablas 7 y 8 se pueden observar las diversas categorías definidas para cada dimensión.

Tabla 7. Sistema de categorización de las entrevistas semiestructuradas de los grupos focales

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
1. CONCEPCIÓN TEÓRICA DE LAS CONDUCTAS “CONSUMO DE TABACO Y DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS”	EFFECTOS DEL TABACO	Conocimiento de las sustancias que contiene el humo del cigarrillo y los efectos que ocasionan en el organismo. Principales enfermedades (enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, otros tipos de tumores y enfermedades respiratorias crónicas); efectos externos (olor y color amarillento de piel, dientes y uñas) y los fenómenos de dependencia y tolerancia que produce.
	EFFECTOS DEL ALCOHOL	Conocimiento de los efectos que ocasiona el alcohol en el organismo. Principales enfermedades desarrolladas a largo plazo (hipertensión arterial, depresión, daño cerebral irreversible, miocardiopatía, cáncer de hígado, cáncer de estómago, otros tipos de tumores, cirrosis hepática, entre otras); efectos a corto plazo (alteración del control motor, retardo de reflejos, disminución del autocontrol, depresión del sistema nervioso central, descoordinación motora, somnolencia o visión borrosa); efectos del consumo excesivo (embriaguez) y los fenómenos de dependencia y tolerancia que produce.
2. CREENCIAS ACTITUD Y MOTIVACIÓN	CREENCIAS	Ideas y convicciones de que el fenómeno es real o verdadero.
	MOTIVOS DE INICIO	Estímulos que inducen a los jóvenes a comenzar a desarrollar el hábito de fumar o consumir bebidas alcohólicas (curiosidad, sentirse mayor, sentirse importante, entre otros).
	MOTIVOS PARA CONTINUAR	Estímulos que inducen a los jóvenes a continuar con el desarrollo del hábito de fumar o consumir bebidas alcohólicas (sentirse mayor, sentirse importante, sentir que no lo puede dejar....
	MOTIVOS DE ABANDONO	Estímulos que inducen a los jóvenes a abandonar el hábito de fumar o consumir bebidas alcohólicas (sentirse manipulado, sentirse encadenado, entre otros).
	INTENCIÓN INICIO	Predisposición declarada de los informantes sobre su intención de desarrollar alguna vez en su vida el hábito.
	INTENCIÓN ABANDONO	Predisposición declarada de los informantes sobre su intención de abandonar alguna vez en su vida el hábito.
	SIMBOLISMO	Conjunto de significados que los informantes le asignan al acto de fumar o beber.



Tabla 7 (continuación). Sistema de categorización de las entrevistas semiestructuradas de los grupos focales

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
3. PERCEPCIÓN DE RIESGO Y CAPACIDADES	RIESGO	Percepción de los informantes sobre el posible daño ocasionado por el consumo de tabaco o bebidas alcohólicas sobre sí mismo y sobre las personas importantes de su entorno. Percepción de los informantes sobre el posible daño ocasionado por la exposición involuntaria al humo del tabaco o al derivado de las consecuencias de un consumo irresponsable de bebidas alcohólicas por parte de otras personas.
	CAPACIDADES	Habilidades individuales y sociales para afrontar las situaciones de riesgo (capacidad para decir “no”, defender el cumplimiento de la ley, proteger a las personas importantes de su entorno, entre otras).
4. RELACIÓN DE CONVIVENCIA	TOLERANCIA	Respeto hacia las ideas, creencias o prácticas cuando éstas son diferentes o contrarias a las propias de los informantes en relación al consumo de tabaco o bebidas alcohólicas de los jóvenes.
	PERMISIVIDAD	Percepción de los informantes en relación a la tolerancia excesiva o consentimiento de los padres ante el consumo de tabaco o bebidas alcohólicas por parte de sus hijos.
5. PATRÓN DE CONSUMO	PAUTAS	Formas de consumo del tabaco o de las bebidas alcohólicas (cantidad, frecuencia, lugar, manera).
	ENTORNO	Formas de consumo del tabaco o de las bebidas alcohólicas de las personas del entorno de los informantes (amigos, profesores, familiares).
6. ACCIONES	ACCIONES EDUCATIVAS	Intervenciones educativas en el ámbito escolar dirigidas a promocionar hábitos sanos recibidas por los informantes. Intervenciones educativas organizadas por otras instituciones.
	PROPUESTAS	Sugerencias aportadas por los informantes para evitar o favorecer el abandono del consumo de tabaco o de bebidas alcohólicas en adolescentes.
7. TIEMPO LIBRE	TIEMPO DE OCIO	Utilización del tiempo de asueto (finalidad, lugares frecuentados, actividades realizadas).
	DISPONIBILIDAD	Modos de obtener recursos económicos y formas de utilizarlo.

Tabla 7 (continuación). Sistema de categorización de las entrevistas semiestructuradas de los grupos focales

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
8. PUBLICIDAD	ESTRATEGIAS PUBLICITARIAS	Percepción sobre los mecanismos publicitarios utilizados por las empresas para motivar a los jóvenes al consumo de tabaco o bebidas alcohólicas. Actitud de los informantes ante el uso de dicha publicidad.
	ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES	Percepción y sugerencias sobre las acciones utilizadas por las instituciones públicas dirigidas a la disminución del consumo de tabaco o bebidas alcohólicas.
9. LEGISLACIÓN	CONOCIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN	Conocimiento de la legislación relacionada con el tabaco y bebidas alcohólicas.
	CUMPLIMIENTO	Percepción de los informantes sobre la implementación de la legislación relacionada con el tabaco y bebidas alcohólicas y vivencias experimentadas.

Tabla 8. Sistema de categorización de las entrevistas semiestructuradas de las entrevistas individuales

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
HÁBITOS DE LOS JÓVENES	PAUTAS TABACO	Creencia de los informantes en relación a las formas de consumo de tabaco de los adolescentes, tales como cantidad, lugar y forma.
	PAUTAS ALCOHOL	Creencia de los informantes en relación a las formas de consumo de bebidas alcohólicas de los adolescentes, tales como cantidad, lugar y forma.
ACCIONES	CAPTACIÓN	Sistema de captación y lugar de contacto con los jóvenes.
	ACTITUDES	Predisposición declarada de los informantes sobre su intención de trabajar acciones educativas, sentimientos y motivaciones.
	ACCIONES EDUCATIVAS	Descripción de las acciones llevadas a cabo por los informantes dirigidas a promocionar hábitos sanos.
	DIFICULTADES	Percepción de los informantes en relación a las carencias y barreras que dificultan el desarrollo de las acciones educativas.
	PROPUESTAS	Sugerencias aportadas por los informantes para ayudar a los jóvenes a evitar el desarrollo de estos hábitos y ayudar a su abandono.
	INSTITUCIONES	Descripción del trabajo de otras instituciones y la familia, realizado en colaboración o no con los informantes.
PERFIL DE LOS PROFESIONALES	PAUTAS	Formas de consumo activo y pasivo de tabaco en el trabajo y fuera del mismo.
	PERMISIVIDAD	Descripción de la tolerancia excesiva por parte de los informantes ante el consumo de tabaco en sus centros de trabajo.

3.1.6.2. Variables

En la tabla 9 se definen las variables.

Tabla 9. Sistema de variables del cuestionario

VARIABLES		TÉRMINO	DEFINICIÓN
VARIABLES PRIMARIAS		FUMADOR	Se consideró fumador a todo joven que declaró fumar al menos alguna vez al mes
		BEBEDOR	Se consideró bebedor a todo joven que declaró consumir bebidas alcohólicas al menos alguna vez al mes
VARIABLES SECUNDARIAS	PATRÓN DE CONSUMO DE TABACO	FUMADOR DIARIO	Se consideró fumador diario a todo joven que declaró fumar diariamente
		FUMADOR REGULAR	Se consideró fumador regular a todo joven que declaró fumar sólo alguna vez a la semana
		FUMADOR OCASIONAL	Se consideró fumador ocasional a todo joven que declaró fumar sólo alguna vez al mes
	PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL	BEBEDOR DIARIO	Se consideró bebedor diario a todo joven que declaró beber diariamente
		BEBEDOR REGULAR	Se consideró bebedor regular a todo joven que declaró beber sólo alguna vez a la semana
		BEBEDOR OCASIONAL	Se declaró bebedor ocasional a todo joven que declaró beber sólo alguna vez al mes

Tabla 9 (continuación). Sistema de variables del cuestionario

VARIABLES		TÉRMINO	DEFINICIÓN
VARIABLES SECUNDARIAS	CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	BEBEDOR HABITUAL DISCONTINUO	Se consideró bebedor habitual discontinuo a todo joven que declaró haber bebido, al menos cuatro días seguidos en el último mes
		BEBEDOR INTENSO OCASIONAL	Se consideró bebedor intenso ocasional a todo joven que declaró haber bebido alguna vez en su vida 3 o más vasos seguidos entre los varones y 2 o más vasos seguidos entre las mujeres
		BEBEDOR INTENSO OCASIONAL RECIENTE	Se consideró bebedor intenso ocasional reciente a todo joven que declaró haber bebido alguna vez 3 o más vasos seguidos entre los varones y 2 o más vasos seguidos entre las mujeres, en los últimos 6 meses
		EMBORRACHARSE ALGUNA VEZ	Se consideró haberse emborrachado a todo joven que declaró haberse emborrachado alguna vez en su vida
		EMBORRACHARSE RECIENTEMENTE	Se consideró haberse emborrachado recientemente a todo joven que declaró haberse emborrachado en los últimos 6 meses
		EXPERIMENTACIÓN	EXPERIMENTACIÓN CON EL TABACO	Se consideró haber experimentado con el tabaco a todo joven que declaró haber probado el tabaco alguna vez en su vida
	EXPERIMENTACIÓN CON EL ALCOHOL		Se consideró haber experimentado con el alcohol a todo joven que declaró haber probado una bebida con alcohol alguna vez en su vida



Tabla 9 (continuación). Sistema de variables del cuestionario

VARIABLES		TÉRMINO	DEFINICIÓN
VARIABLES TERCIARIAS	ENTORNO	ENTORNO FUMADOR	Se consideró persona fumadora de su entorno a toda aquella que el joven identifica como fumadora
		ENTORNO BEBEDOR	Se consideró persona bebedora de su entorno a toda aquella que el joven identifica como bebedora
	FACTORES INDIVIDUALES	CONOCIMIENTOS	Los conocimientos basados en la evidencia científica de los jóvenes con respecto al tabaco y el alcohol
		CREENCIAS	Las interpretaciones de conocimientos y/o hechos de los jóvenes con respecto al tabaco y el alcohol
		ACTITUDES	Las predisposiciones declaradas de los jóvenes con respecto al tabaco y el alcohol
		CAPACIDADES	Las habilidades percibidas de los jóvenes con respecto al tabaco y el alcohol
		MOTIVACIONES	Los estímulos que impulsan a los jóvenes a consumir tabaco y alcohol, y a persistir en el mismo.

3.1.7. Informatización y depuración de los datos

A continuación se detalla los procesos informáticos llevados a cabo con los datos procedentes de las técnicas cualitativas y cuantitativas.

3.1.7.1. Datos obtenidos mediante técnicas cualitativas

Los datos obtenidos por medio de la entrevista individual y grupal fueron introducidos y codificados en el programa informático para análisis cualitativo Atlas.ti. La transcripción de la información recogida en las entrevistas fue realizada por los miembros del equipo investigador. El procedimiento empleado fue el siguiente:



- Incorporación de los textos al programa informático en formato rtf.
- Creación de una unidad hermenéutica.
- Lectura general de las entrevistas.
- Definición de código (equivalente a categoría).
- Asignación de segmentos del texto a estos códigos.
- Creación de *memos* (observaciones o aclaraciones) relacionados con los códigos.
- Creación de *outputs* (agrupamiento de la información) para extraer todos los fragmentos, de todas las transcripciones, relacionados con un código específico).

Para verificar que la informatización de los datos fue objetiva y aumentar el crédito de la interpretación, se procedió a la triangulación en las primeras tres entrevistas. Tres investigadores revisaron aleatoriamente los códigos y los segmentos asignados, realizando reajustes y modificando códigos y/o segmentos.

3.1.7.2. *Datos obtenidos mediante el cuestionario*

La información procedente de los cuestionarios fue introducida en una base de datos diseñada para este trabajo con el paquete estadístico SPSS 15.0.

Con la finalidad de que la información obtenida fuera lo más fiable posible se llevó a cabo una serie de revisiones:

- Los cuestionarios fueron enumerados y revisados por la persona que elaboró la base de datos, antes de la introducción de los mismos. Con ello se trató de eliminar posibles errores debido al desconocimiento del cuestionario o de la base de datos.
- Una vez introducidos los datos en la base, estos fueron revisados por otro investigador realizándose un listado de frecuencia de las variables. Asimismo se obtuvieron los valores máximos y mínimos de cada una de ellas para verificar si los valores de las variables numéricas se situaban entre los rangos atribuibles.
- Se procedió también a comprobar que en aquellas preguntas afectadas por una pregunta filtro, el número de individuos era el correcto. Cuando se detectaban errores de codificación, se procedía a identificar el cuestionario al que pertenecía dicha respuesta y se realizaba la corrección pertinente en la base de datos.





3.1.8. Análisis de los datos

En los siguientes apartados se presenta el método seguido tanto para el análisis de los datos cualitativos como cuantitativos.

3.1.8.1. Análisis del discurso

Las dimensiones de análisis del discurso se organizaron en categorías. Las categorías definitivas quedaron establecidas tras concluir el proceso descrito a continuación. En primer lugar, se respetaron las dimensiones comunes que se habían predefinido y que coinciden con las que se emplearon en la construcción de los guiones, y que a su vez mantienen relación con las preguntas iniciales de esta investigación. En segundo lugar atendiendo al *criterio temático*, es decir, seleccionando segmentos que hablan del mismo tópico, se realizó una propuesta de categorías. Por último, se fueron asignando segmentos a cada categoría e incorporando y reelaborando categorías conforme se avanzaba en el análisis, es decir, incorporando los asuntos emergentes en los discursos obtenidos.

Mediante un proceso de codificación se fueron adjuntando extractos de entrevista a las categorías que permitieron posteriormente un análisis de contenido descriptivo, categórico, temático e interpretativo de los datos.

El análisis de contenido de las transcripciones de las entrevistas se realizó siguiendo el método descrito por Giorgi⁴⁰⁰ que incluye una primera lectura de las entrevistas para obtener un sentido global y una segunda para poder seleccionar las unidades de significado que son fragmentos del texto que revelan algo importante respecto al objeto del estudio. Finalmente, una vez agrupadas las unidades de significado en temas comunes, se redactó la descripción general que reflejó la opinión de los participantes y en la que se mostraban todos los enunciados de significado y los temas comunes.

Se garantizó el rigor de los resultados, sometiéndolos a un proceso de triangulación, contrastando el proceso descrito anteriormente por tres evaluadores.

3.1.8.2. Análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0. Se llevó a cabo la distribución de frecuencias de las variables cualitativas. El análisis de las variables cuantitativas consistió en el cálculo de las medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica) según



se dieran o no los supuestos de normalidad. Los porcentajes se compararon utilizando el test de la *Ji Cuadrado*, las medias mediante el *t-test* y las medianas mediante el *test de Wilconson* para muestras independientes.

Una vez finalizado el análisis estadístico y el análisis del discurso se procedió a realizar una triangulación de los datos obtenidos de los diversos métodos utilizados.

3.1.9. Consideraciones éticas

Esta investigación no presentaba conflictos éticos, no obstante y dado que parte de la población estudiada era menor de edad, se solicitó la autorización de sus padres a través de las direcciones de los respectivos centros para su participación como informantes en los grupos focales y en las encuestas, así como para su traslado fuera de los centros educativos para el desarrollo de las entrevistas. En el momento de contactar con los participantes, se les informó del carácter confidencial de la información recogida y se les solicitó su autorización para la grabación de las entrevistas.

3.2. FASE II: EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

3.2.1. Diseño

Estudio longitudinal, prospectivo, de intervención deliberada, aleatorizado (figura 8).

3.2.2. Población

La población diana estuvo formada por los estudiantes de Arucas que cursaban la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), pertenecientes a la promoción 2005/2009.

La población de estudio quedó constituida por los estudiantes de los institutos públicos de Arucas que en el curso académico 2005/2006 cursaban 1º de la ESO y en el curso 2008/2009 finalizaban sus estudios en 4º de la ESO (promoción 2005/2009).

Los criterios de exclusión fueron ser estudiante de otros cursos de la ESO, ser adolescente escolarizado en colegios concertados o privados adscritos al municipio de Arucas y ser adolescente escolarizado en otros centros educativos fuera del municipio de Arucas.

Entre los tres centros públicos de Enseñanza Secundaria que están adscritos al municipio de Arucas se seleccionó, por aleatorización, el instituto que constituiría el grupo de intervención, que resultó ser el Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) Santiago Santana.

Para seleccionar el grupo control se realizó una asignación por homogeneidad. Para determinar la misma se tuvieron en cuenta las características sociodemográficas de la zona que cubre cada instituto (carácter urbano o rural, tamaño de la población participante en cada centro educativo) y los factores pronósticos del estudio observados en los estudiantes de 1º de la ESO y escolarizados en el curso académico 2005/2006, (tabla 10).

Para estudiar la homogeneidad de los factores pronósticos se utilizó una versión reducida del cuestionario C-Diagnóstico. En esta ocasión constó de 44 preguntas para ser cumplimentadas por los alumnos, identificándose como el cuestionario C-Homogeneidad (Anexo 2.b). El número de preguntas se redujo debido a que algunos ítems no se consideraron necesarios para la selección del grupo control y otros se eliminaron porque causaron confusión en el estudio anterior.

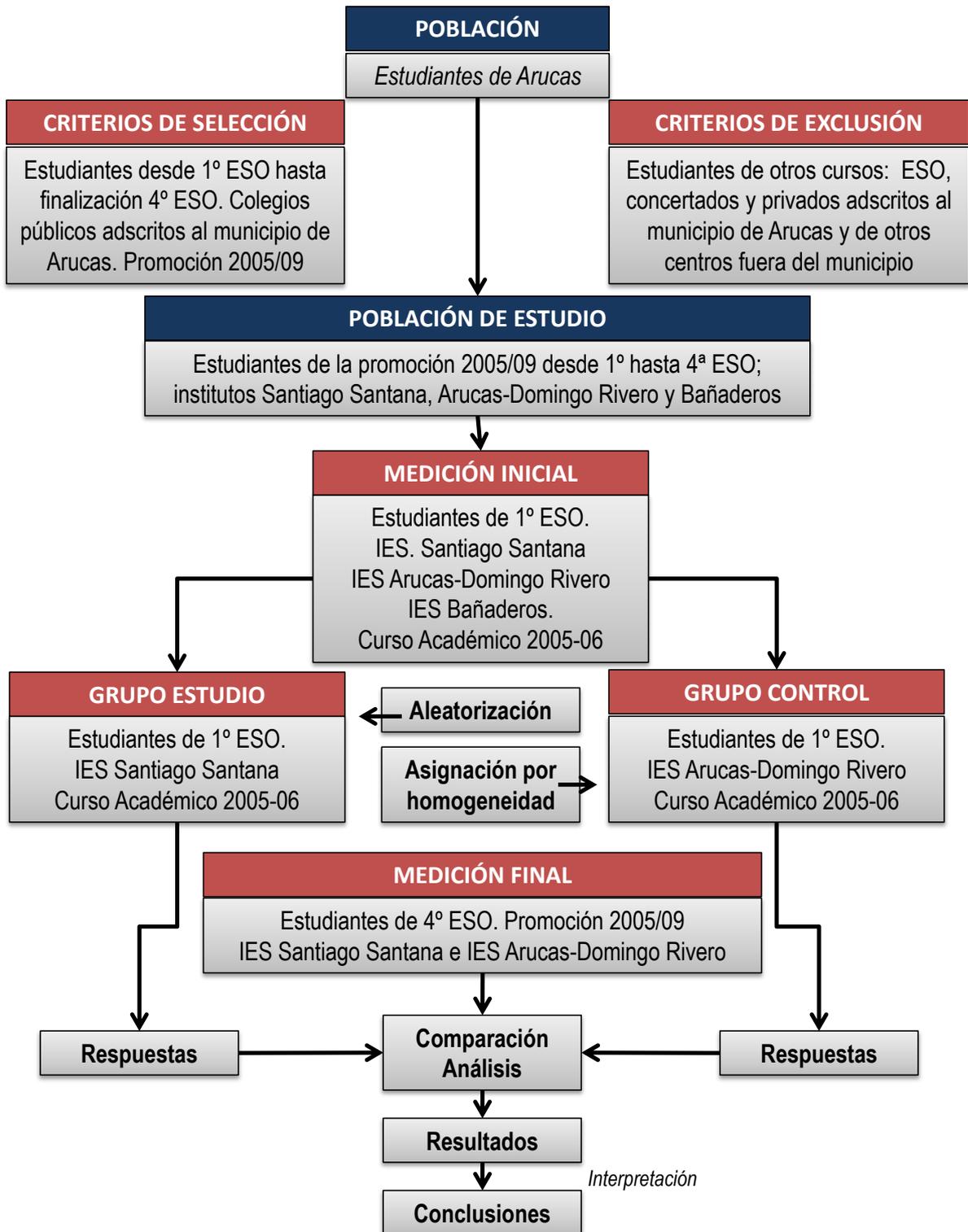


Figura 8. Diseño y población

Tabla 10. Distribución de los criterios para determinar la homogeneidad del centro educativo

	IES Santiago Santana	IES Bañaderos	IES Arucas-Domingo Rivero		
	G. Intervención		G. Control		
<i>Urbano/rural</i>	Urbano	Rural	Urbano *		
<i>Tamaño de la población</i>	N = 154	N = 66	N = 116 *		
<i>Factores pronóstico</i>					
<i>Fumador n (%)</i>	13 (8,8)	9 (13,6)	p 0,280*	9 (7,9)	p 0,797*
<i>Bebedor n (%)</i>	25 (16,4)	17 (26,6)	0,086	24 (21,4)	0,304*
<i>Experimentación con el tabaco n (%)</i>	32 (21,1)	23 (34,8)	0,031	26 (22,4)	0,789*
<i>Experimentación con el alcohol n (%)</i>	40 (26,7)	27 (41,5)	0,031	31 (27,2)	0,924*
<i>Emborracharse n (%)</i>	8 (5,4)	8 (12,3)	0,080	7 (6,1)	0,810*
<i>Fumador</i>	N = 13	N = 9		N = 9	
<i>Fumador de caladas n (%)</i>	8 (61,5)	2 (28,6)	0,160*	4 (44,4)	0,429*
<i>Fumador de cigarrillos enteros n (%)</i>	5 (38,5)	5 (71,4)	0,160*	5 (55,6)	0,429*
<i>Bebedor</i>	N = 25	N = 17		N = 24	
<i>Bebedor de riesgo n (%)</i>	5 (18,5)	6 (33,3)	0,257*	4 (17,4)	0,918*
	G. Intervención			G. Control	

*homogeneidad

Finalmente, quedó constituido como grupo control el Instituto de Enseñanza Secundaria Arucas-Domingo Rivero, estudiándose un total de 154 adolescentes del grupo intervención y 116 del grupo control que conformaban la totalidad de estudiantes que cursaban 1º de la ESO en el curso 2005/2006, en dichos centros.

Tabla 11. Resultados de la selección grupo intervención y grupo control

Centros de Enseñanza Secundaria (IES)	Grupo Intervención	Grupo Control
	Aleatorización	Asignación por homogeneidad
IES Santiago Santana	☀	
IES Arucas Domingo Rivero		☀
IES Bañaderos		



3.2.3. Instrumento de recogida de los datos

Para valorar la eficacia, los datos fueron recogidos mediante una versión del cuestionario C-Homogeneidad. Este pasó a denominarse C-Eficacia, y quedó conformado por 32 preguntas cerradas (Anexo 2. c). Las modificaciones realizadas en el cuestionario C-Homogeneidad pretendiendo potenciar la claridad de las variables primarias, y fueron llevadas a cabo por el grupo de investigación de la ULPGC Educación y Promoción de la Salud. El cuestionario C-Eficacia quedó finalmente organizado en tres bloques. El primer bloque recogió mediante 6 preguntas las variables sociodemográficas; el segundo bloque abordó el hábito tabáquico planteando 9 preguntas, y por último, el tercero estudió el consumo de bebidas alcohólicas a través de 17 cuestiones. Estos dos últimos bloques profundizaron sobre patrón de consumo, consumo de riesgo, creencias, actitudes, capacidades y entorno.

3.2.4. Trabajo de campo

El trabajo de campo se dividió en dos etapas: el diseño e implementación de la intervención educativa y la medición de su eficacia.

3.2.4.1. Diseño e implementación de la intervención educativa

La primera etapa se inició con la programación de una intervención educativa relacionada con el consumo de tabaco y alcohol y se utilizó para su planificación el modelo PRECEDE-PROCEDE. El diseño del programa se realizó durante el segundo trimestre del curso académico 2004/2005, utilizando el diagnóstico de la situación, realizado previamente en la fase I del presente trabajo. En el tercer trimestre del curso se pilotaron las actividades del programa educativo, en cursos diferentes a los implicados en el estudio.

Al iniciar el siguiente curso, en el mes de septiembre de 2005, se presentó el proyecto al equipo directivo del centro de enseñanza seleccionado como grupo intervención, IES Santiago Santana. Se solicitó la aprobación de la Comisión de Coordinación Pedagógica (CCP) y del AMPA. En el mes de octubre se presentó el proyecto al equipo educativo (orientadora, jefe de estudios y tutores) el cual constituyó el equipo básico del programa. En el mes de noviembre se presentó el programa educativo al equipo de atención primaria para consensuar y organizar su participación en el mismo.

La organización de la intervención incluyó los siguientes aspectos:





- Desarrollo de las actividades con el equipo directivo. La organización formal consistió en dos reuniones en cada curso (inicio y final del curso académico). El resto de las actividades se desarrollaron de forma oportunista. En las mismas se trabajaban propuestas de actividades fuera de las horas de tutoría y clase, tales como “La semana de la cultura”, “Día mundial sin tabaco”, etc.

- Sesiones de trabajo con el equipo educativo. Al iniciar cada curso académico se presentaba el programa al nuevo equipo educativo, exponiendo las actividades para dicho curso y solicitando nuevas aportaciones. Asimismo se fomentaba la participación de los tutores en la preparación de las actividades, en la ejecución y en la organización del cronograma para realizar el programa en los espacios de tutoría con los estudiantes. Habitualmente las sesiones de equipo se celebraban semanalmente. No obstante, la periodicidad con la que el investigador participaba en las mismas variaba, dependiendo del tipo de actividad que se iba a trabajar. Se realizó una media de 7 sesiones por curso académico con el equipo educativo. Una semana previa a la ejecución de la actividad se analizaban los objetivos de la misma, se aportaban los contenidos, el material y se aclaraban las dudas. El correo electrónico y el teléfono sirvieron de apoyo para intercambiar material e información.

- Reuniones con los miembros de los Departamentos. Al iniciar cada curso académico se solicitaba cita para acudir a la reunión de los departamentos que estaban implicados ese curso en las actividades propuestas. Se analizaba el programa de las asignaturas y se coordinaba la realización de la actividad a modo de transversalidad en el aula.

- Desarrollo de las actividades con el profesorado. Las acciones de asesoramiento y formación de los profesores se realizaban aprovechando los momentos de encuentro con los mismos. La reunión con el equipo educativo constituyó el primer punto de asesoramiento y formación, y la participación activa en las acciones realizadas con los alumnos constituyó el segundo punto de formación. La presencia del profesorado en cada una de las actividades diseñadas en la intervención fue una exigencia del equipo directivo lo cual facilitó el proceso.

- Desarrollo de las actividades con los estudiantes. Las actividades fueron diseñadas conjuntamente por el investigador y el tutor o profesor. La duración de las mismas era aproximadamente de 50 minutos, siendo desarrolladas en los espacios pertinentes (aula, salón de actos y patio).



- Desarrollo de las actividades con los padres. Las actividades se desarrollaban en jornada de tarde, el día de la semana en que el centro realizaba la exclusiva. Los padres fueron citados mediante una nota informativa elaborada por el equipo directivo y enviada a través de sus hijos. Las sesiones tenían una duración aproximada de una hora.

Durante los cursos 2005-06, 2006-07, 2007-08 y 2008-09 se ejecutó la intervención planificada.

3.2.4.2. Medición de la eficacia de la intervención educativa

Esta segunda fase se realizó en el tercer trimestre del curso académico 2008-2009, en el mes de abril, al finalizar la intervención. Para ello se administró el cuestionario C-Eficacia (Anexo 2.c) a los estudiantes de 4º de la ESO pertenecientes a los grupos intervención y control. Se llevó a cabo en las aulas, en horario de clase o tutoría y en ausencia del profesorado para generar un ambiente libre de presiones. Por este mismo motivo, en la administración de los cuestionarios al grupo intervención se excluyó al investigador implicado en la ejecución de este programa, contando con dos investigadores con experiencia y que previamente habían participado en su elaboración. Para administrar los cuestionarios al grupo control, se contactó con el equipo directivo y se programó la realización de los mismos.

Actividad/Año	2005											2006	2009	2010
	E	F	M	A	M	J	S	O	N	D		2008	Abril	
Mes													Abril	
Objetivo 2														
Diseño del programa educativo														
Pilotaje de actividades														
Cuestionario C-Homogeneidad														
Presentación del proyecto educativo														
Implementación programa educativo														
Cuestionario C-Eficacia														
Análisis de los datos														

Figura 9. Cronograma de trabajo



3.2.5. Descripción de las variables principales

Las variables primarias, variables secundarias y terciarias fueron descritas en el apartado 3.1.6.2.

3.2.6. Informatización y depuración de los datos

Estos procesos coinciden con lo expuesto en el apartado 3.1.7.2.

3.2.7. Análisis estadístico

Fue necesario realizar dos tipos de análisis estadístico: análisis univariante y análisis de correspondencias.

3.2.7.1. Análisis univariante

En cada uno de los grupos de estudio (intervención, control), las variables categóricas se resumieron en frecuencias absolutas y relativas y las numéricas en medianas. Los porcentajes se compararon utilizando el test de la ji-cuadrado o el exacto de Fisher según procediera y las medianas, mediante el test de Wilcoxon para datos independientes. Cuando se detectó asociación entre la variable de grupo y género, los datos se resumieron además de por grupo de estudio, por grupo de género. Cuando las tasas de respuesta para un factor mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio se estimó el riesgo relativo (RR) mediante un intervalo de confianza al 95% (excepto cuando una de las tasas estimadas fue nula). Un p-valor se consideró estadísticamente significativo cuando el correspondiente p-valor fue inferior a 0,05.

3.2.7.2. Análisis de correspondencias

Consideramos inicialmente dos variables categóricas A y B con categorías A_1, K, A_r y B_1, K, B_s respectivamente⁴⁰¹.



La observación simultánea de ambas variables sobre un conjunto de N objetos conduce a una tabla de contingencia de la forma:

	B_1	...	B_j	...	B_s
A_1	$n_{1,1}$	...	$n_{1,j}$	...	$n_{1,s}$
...
A_i	$n_{i,1}$	...	$n_{i,j}$	...	$n_{i,s}$
...
A_r	$n_{r,1}$	...	$n_{r,j}$	...	$n_{r,s}$

El objetivo del análisis de correspondencias consiste en representar gráficamente en dos dimensiones el conjunto de caracteres A_1, K, A_r evaluando sus proximidades en relación al conjunto de caracteres B_1, K, B_s . Para tal fin, consideramos la distancia χ^2 definida entre los caracteres A_i y A_k por:

$$d^2(A_i, A_k) = \sum_{j=1}^s \left\{ \frac{f_{i,j}}{f_{i,g}\sqrt{f_{g,j}}} - \frac{f_{k,j}}{f_{k,g}\sqrt{f_{g,j}}} \right\}^2$$

siendo $f_{i,j} = n_{i,j}/N$, $f_{i,g} = \sum_j f_{i,j}$ y $f_{g,j} = \sum_i f_{i,j}$. Esto supone que la cohorte de objetos pertenecientes a la categoría A_i pueden representarse por el siguiente punto del espacio \mathbf{R}^s :

$$\left(\frac{f_{i,1}}{f_{i,g}\sqrt{f_{g,1}}}, K, \frac{f_{i,s}}{f_{i,g}\sqrt{f_{g,s}}} \right)$$

La representación de los caracteres se lleva a efecto realizando un análisis similar al de

$$\mathbf{X} = \left(\frac{f_{i,j}}{f_{i,g}\sqrt{f_{g,j}}} \right) \hat{\mathbf{E}}\hat{\mathbf{E}} = 1, K, r \hat{\mathbf{E}}\hat{\mathbf{E}} = 1, K, s$$

las componentes principales sobre la *matriz de datos*

Las componentes principales Y_1, K, Y_s y sus correspondientes varianzas λ_1, K, λ_s se obtienen

de la matriz $\mathbf{X}'\mathbf{D}_r\mathbf{X}$, siendo $\mathbf{D}_r = \text{diag}(f_{1,g}, K, f_{r,g})$. Puede comprobarse que el primer autovector es $(\sqrt{f_{g1}}, K, \sqrt{f_{gs}})$ correspondiéndole el autovalor $\lambda_1 = 1$. Los sucesivos autovalores obviamente satisfacen $1 > \lambda_2 \geq \lambda_3 \geq \dots \geq \lambda_s$. Las componentes principales con las columnas de la matriz \mathbf{Y} la cual se obtiene como:

$$\mathbf{Y} = \mathbf{XB}$$

siendo \mathbf{B} la matriz cuyas columnas son los vectores propios de $\mathbf{X}'\mathbf{D}_r\mathbf{X}$. Puede comprobarse fácilmente que la primera componente principal (primera columna de \mathbf{Y}) es un vector de unos. La representación en dos dimensiones del conjunto de categorías se realiza utilizando las componentes principales segunda y tercera (columnas segunda y tercera de \mathbf{Y}). El porcentaje de variabilidad explicado por cada componente principal Y_j está dado por $100 \times \lambda_j / \sum_{k=2}^s \lambda_k$. El análisis de correspondencias realizado entre los factores que mantenían asociación con la variable de intervención (intervención/control) se realizó a partir de la tabla de Burt. Las categorías se representan junto a sus elipsoides de confianza⁴⁰².

4. RESULTADOS



Al igual que en el apartado de sujetos y método, los resultados obtenidos están estructurados en partes independientes, según el objetivo a alcanzar.

4.1. FASE I. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de técnicas cuantitativas y cualitativas.

4.1.1. Patrón de consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes del municipio de Arucas

La descripción del patrón de ambas conductas se realizó mediante el análisis de la prevalencia y las diversas formas de consumo, las experiencias previas, el consumo de riesgo y las características generales del mismo.

4.1.1.1. Prevalencias de consumo

La prevalencia de fumadores fue de un 15,1%, siendo superior entre las mujeres, mientras que cerca de la mitad de la población reconoció consumir bebidas alcohólicas.

Tabla 12. Distribución de la población según consumo de tabaco y alcohol por género

	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
	n = 1275	n = 629	n = 646	
<i>Fumador n (%)</i>	191 (15,1)	81 (12,9)	110 (17,2)	0,035*
<i>Bebedor n (%)</i>	590 (46,5)	291 (46,7)	299 (46,4)	0,900

*p < 0,05

Al estudiar la prevalencia de bebedores y fumadores según el curso se puso de manifiesto que la misma aumentó progresivamente hasta 4º de la ESO en el caso del tabaco, y hasta 1º de bachillerato en lo referente a las bebidas alcohólicas. Al analizar el consumo de estas sustancias por ciclos de enseñanza, se observaron diferencias significativas ($p < 0,00$) entre el primer y segundo ciclo de la ESO, con una prevalencia superior en el grupo de 2º ciclo para ambas conductas.

Tabla 13. Distribución de la población según consumo de tabaco y alcohol por curso

	1º ESO n = 250	2º ESO n = 329	3º ESO n = 299	4º ESO n= 211	1º Bach n= 186
Fumador n (%)	14 (5,6)	49 (15,0)	50 (16,8)	46 (21,9)	32 (17,4)
Bebedor n (%)	51 (20,6)	140 (42,7)	139 (46,5)	134 (64,1)	126 (67,7)

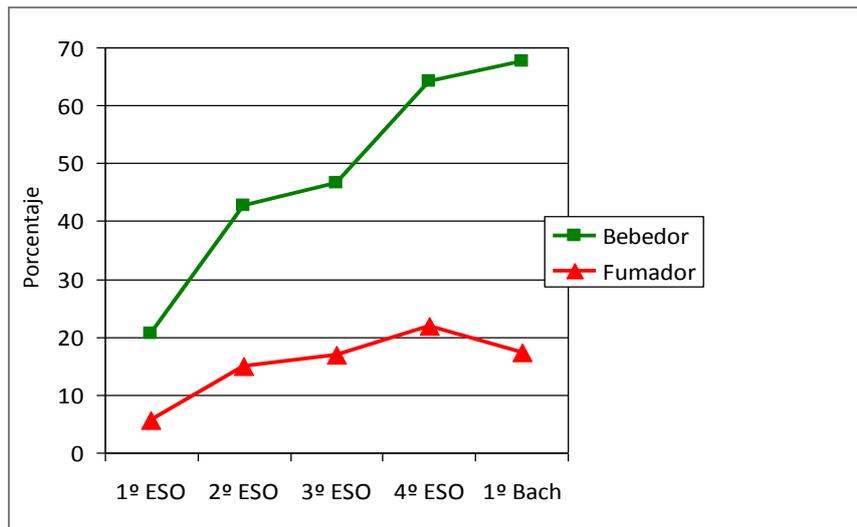


Figura 10. Distribución de la población fumadora y bebedora según curso

A través de los grupos focales, los informantes opinaron que muchos chicos fumaban. Sin embargo percibían que había más adolescentes bebedores que fumadores, considerando que el consumo de alcohol era escaso entre los estudiantes de 1^{er} ciclo de la ESO y casi general entre los estudiantes de bachillerato. Tanto es así que creían difícil encontrar a algún joven que no bebiera.

- “Sabes, que el tabaco es más secundario que el beber, yo creo que hay mucha gente que bebe, aunque sea una copa, pero nunca llegan a fumar o son en menor proporción los que fuman”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).
- “Yo cuando salgo, veo a todo el mundo con la copa en la mano”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).
- “Algunos beben mucho y otros lo justo”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).

- “Es que el 80% de los adolescentes, creo yo, mayores de 15 o 16 años, cogen una borrachera todos los fines de semana”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- “Incluso en tercero hay bastantes que beben, son gente que ha repetido, siempre son gente que ha repetido mucho, los que han tenido problemas, los que tienen esas cosas”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).

4.1.1.2. Pautas de consumo

Al analizar los distintos componentes de la variable fumador (fumador diario, fumador regular y fumador ocasional), se observó una prevalencia mayor de fumadores diarios, siendo este más frecuente entre las mujeres.

Tabla 14. Distribución de la población según pauta de consumo de tabaco por género

	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
	n = 1275	n = 629	n = 646	
<i>Fumador diario n (%)</i>	86 (6,7)	32 (5,1)	54 (8,4)	0,020*
<i>Fumador regular n (%)</i>	67 (5,3)	27 (4,3)	40 (6,2)	0,129
<i>Fumador ocasional n (%)</i>	38 (3,0)	22 (3,5)	16 (2,5)	0,284

*p < 0,05

Al analizar la pauta de consumo de tabaco según el curso se observó que entre los jóvenes de 1º de la ESO, predominaba el consumo regular, mientras que a partir de 2º de la ESO, el modelo más frecuente era el de fumador diario.

Tabla 15. Distribución de la población según pauta de consumo de tabaco por curso

	1º ESO	2º ESO	3º ESO	4º ESO	1º Bach
	n = 251	n = 329	n = 299	n = 211	n = 186
<i>Fumador diario n (%)</i>	2 (0,8)	18 (5,5)	24 (8,0)	20 (9,5)	22 (11,8)
<i>Fumador regular n (%)</i>	7 (2,8)	17 (5,2)	22 (7,4)	19 (9,0)	2 (1,1)
<i>Fumador ocasional n (%)</i>	5 (2,0)	14 (4,3)	4 (1,3)	7 (3,3)	8 (4,3)

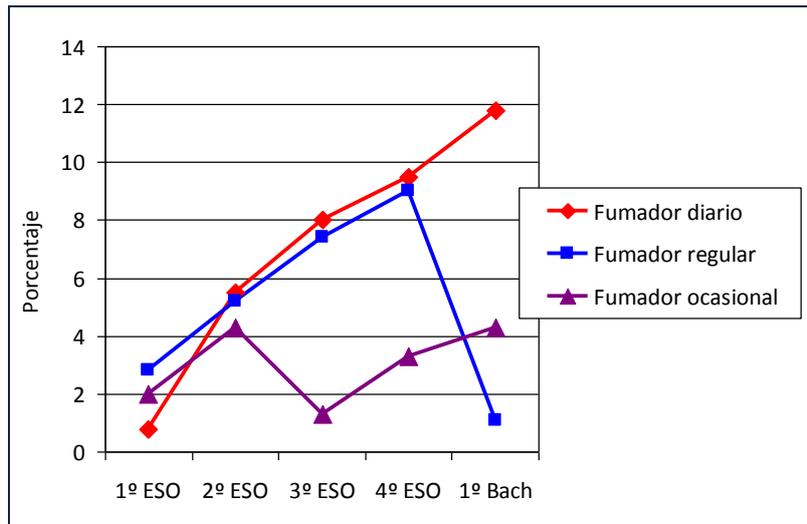


Figura 11. *Distribución de la población fumadora según pauta de consumo de tabaco por curso*

En general los jóvenes percibieron que el número de cigarrillos que fumaban los adolescentes era alto. El discurso de los participantes fumadores refería un consumo medio de 10 cigarrillos diarios, de los cuales eran fumados 1 ó 2 antes de entrar en clase, 1 ó 2 en el recreo y 1 ó 2 a la salida del mismo. El resto lo consumían por la tarde en casa, siendo frecuente después del almuerzo. Si bien en el instituto no se podía fumar, los jóvenes lo hacían en algunos lugares aislados del patio y en el baño, afirmando que los compañeros de bachillerato mayores de edad, tenían permitido fumar en el instituto.

- *“Cuando estoy estudiando para un examen...estoy deseando terminar, aprenderme eso y fumarme un cigarro. Me enciendo el cigarro y sigo estudiando con el cigarro en la mano, en mi habitación”.* (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

Relataban fumar mucho más los fines de semana que entre semana, debido a que en el instituto estaban limitados por el horario de clase y porque en sus casas no podían fumar. Sin embargo, los fines de semana disponían de horas para salir y fumar sin el control de los mayores, expresando que las fiestas y los momentos de tomarse una copa estaban asociados con un aumento del consumo de tabaco.

- "Hasta dos paquetes, porque entre semana estás en clase, entretenido en clase". (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

- "Es que el alcohol y el cigarro... te echas un buche y una calada, así 2 cajas". (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).

Se analizaron también los componentes de la variable bebedor (bebedor diario, bebedor regular y bebedor ocasional). En las tablas 16 y 17 y en la figura 12, se observa el predominio del consumo ocasional, que aumenta proporcionalmente con la edad. No se observó diferencia entre hombres y mujeres.

Tabla 16. Distribución de la población según pauta de consumo de alcohol por género

	Total n = 1275	Hombres n = 629	Mujeres n = 646	p-valor
<i>Bebedor diario n (%)</i>	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	0,311
<i>Bebedor regular n (%)</i>	29 (2,3)	19 (3,0)	10 (1,5)	0,078
<i>Bebedor ocasional n (%)</i>	560 (43,9)	271 (43,1)	289 (44,7)	0,552

Tabla 17. Distribución de la población según pauta de consumo de alcohol por curso

	1º ESO n = 250	2º ESO n = 329	3º ESO n = 299	4º ESO n = 211	1º Bach n = 186
<i>Bebedor diario n (%)</i>	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Bebedor regular n (%)</i>	4 (1,6)	5 (1,5)	3 (1,0)	12 (5,7)	5 (2,7)
<i>Bebedor ocasional n (%)</i>	47 (18,7)	134 (40,7)	136 (45,5)	122 (57,8)	121 (65,1)

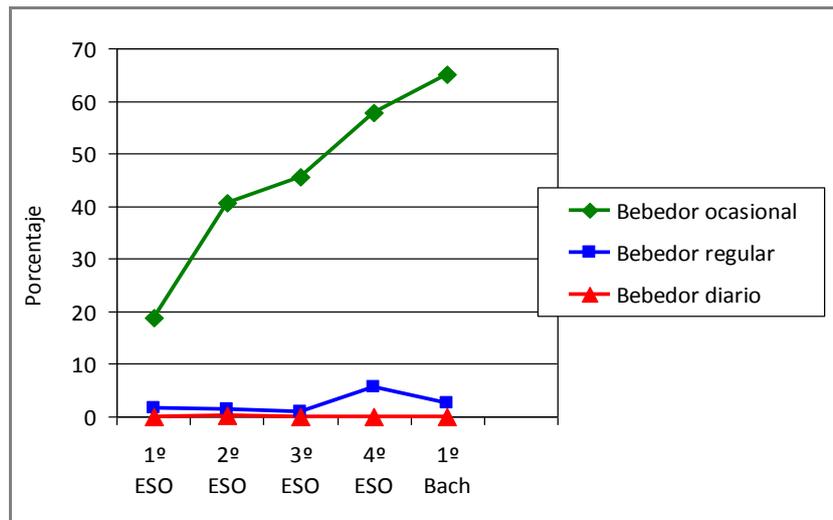


Figura 12. Distribución de la población según pauta de consumo de alcohol por curso

Estos resultados se pusieron también de manifiesto en el discurso de los adolescentes cuando afirmaron de manera general, ser bebedores de fin de semana, aunque algunas jóvenes de 2º ciclo de la ESO comentaron que en escasas ocasiones consumían entre semana.

- “A veces entre semana, compramos una botella y nos ponemos tranquilitos a beber, pero casi nunca”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

4.1.1.3. Experiencias previas

Asimismo se analizó la existencia de experimentación con el tabaco y el alcohol. Casi el 75% de los adolescentes reconoció haber tomado bebidas alcohólicas alguna vez, mientras que menos del 40% declaró haber fumado en alguna ocasión. No se apreciaron diferencias entre géneros para ninguna de las conductas. Al analizar la edad media de experimentación se observó que los chicos comienzan a experimentar con la bebida antes que las chicas (tabla 18).

Al analizar las experiencias previas según el curso se observó que la proporción de jóvenes que había experimentado alguna vez con el tabaco y el alcohol ascendía progresivamente, destacando que en 1º de la ESO casi la mitad de los estudiantes ya habían probado el alcohol, frente al 13,1% que había experimentado con el tabaco (tabla 19 y figura

13). Por otro lado se apreció un descenso en la edad de experimentación de ambas conductas. Al analizar la edad media de experimentación por ciclos de enseñanza, se observaron diferencias significativas ($p < 0,00$) entre el primer y segundo ciclo de la ESO, con una edad media inferior en el grupo de 1^{er} ciclo para ambas.

Tabla 18. Distribución de la población según sus experiencias previas con el tabaco y el alcohol por género

	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
	n = 1275	n = 629	n = 646	
Experimentación con el tabaco n (%)	498 (39,0)	244 (38,9)	254 (39,4)	0,865
Experimentación con el alcohol n (%)	946 (74,3)	462 (73,7)	484 (74,9)	0,613
Edad de experimentación tabaco ^μ	12,15 ± 2,096	12,08 ± 2,222	12,22 ± 1,979	0,459
Edad de experimentación alcohol ^μ	12,71 ± 2,096	12,55 ± 2,259	12,87 ± 1,916	0,019*

^μ Media ± SD; *p < 0,05

Tabla 19. Distribución de la población según sus experiencias previas con el tabaco y el alcohol por curso

	1º ESO	2º ESO	3º ESO	4º ESO	1º Bach
	n = 250	n = 329	n = 299	n = 211	n = 186
Experimentación con el tabaco n (%)	33 (13,1)	118 (36,1)	143 (48,0)	106 (50,2)	98 (52,7)
Experimentación con el alcohol n (%)	123 (49,2)	236 (71,7)	228 (76,3)	189 (90,0)	170 (91,4)
Edad de experimentación tabaco	10,05 ± 2,139	11,45 ± 1,913	12,03 ± 1,973	12,88 ± 2,206	12,96 ± 2,156
Edad de experimentación alcohol	10,83 ± 1,843	11,95 ± 1,821	12,83 ± 1,854	13,50 ± 1,865	14,04 ± 1,813

^μ Media ± SD

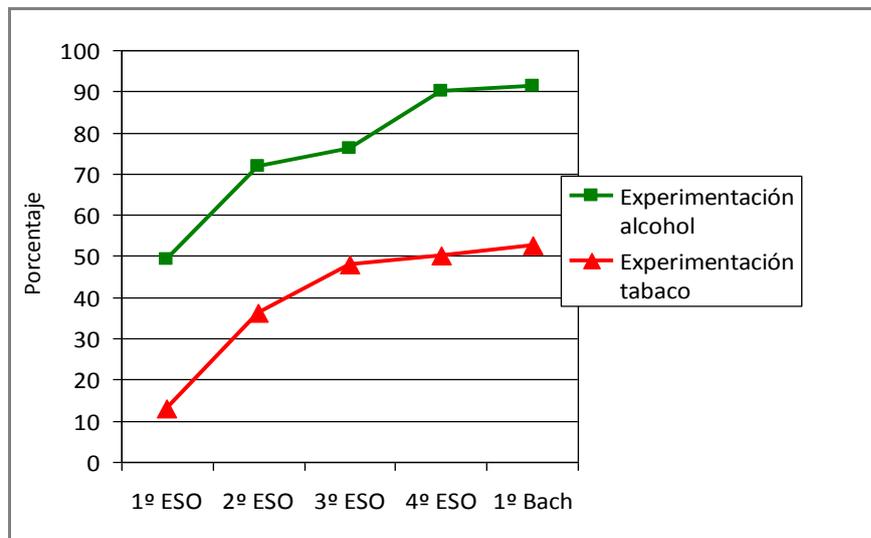


Figura 13. Distribución de la población según sus experiencias previas con el tabaco y el alcohol por curso

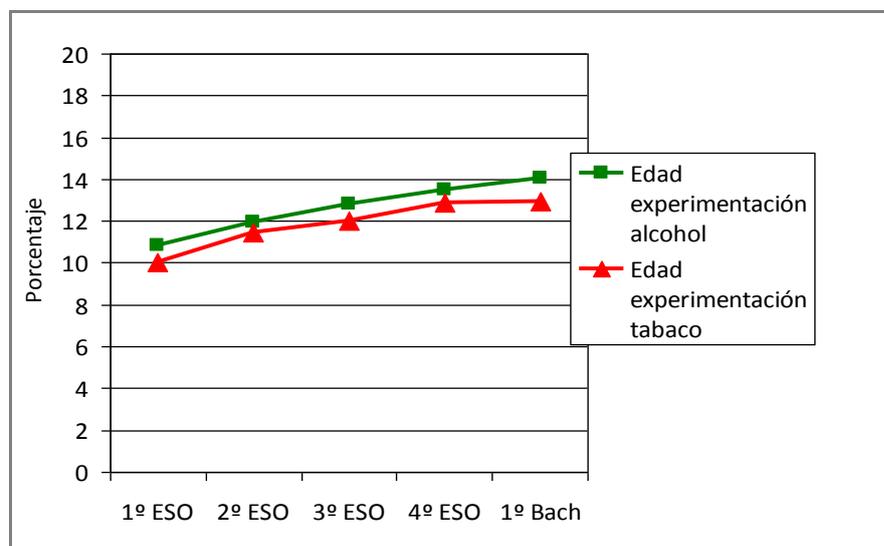


Figura 14. Distribución de la población según edad de experimentación con el tabaco y el alcohol por curso

Al igual que los datos obtenidos a través del cuestionario, el discurso de los escolares situó la edad de inicio entre los 11 y 12 años, opinando que en la actualidad era inferior a la

edad a la que ellos comenzaron a fumar, entre 13 y 14 años. Asimismo comentaron que posteriormente algunos pasaban a consumir otras sustancias tóxicas como el cannabis.

- *“Pero el problema de ellos es que ni se esconden, los ves en el parque, ya todos los chiquillos chicos fuman”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*
- *“A la edad que nosotras empezamos con el cigarro, empiezan ellos a fumar porros”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*
- *“En el instituto la gente de 1º de la ESO y te quedas asombrada. Te ves a los más enanos fumándose un joe. Yo me quedo blanca. Un pibe de 1º vendiendo...”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

La edad de inicio en el consumo de alcohol fue establecida por los informantes en torno a los 12 años, considerando que el mismo era generalizado a partir de los 15 años, que correspondería a 3º de la ESO.

- *“Cuando empiezan en el instituto, cambia todo el mundo”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedores).*
- *“Empieza a cambiar todo el mundo, más en tercero de la ESO”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedores).*
- *“Se dan más fiestas, empiezan que si uno más grande porque está repitiendo lleva alcohol, porque ya conoce las movidas”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedores).*
- *“En tercero ya hacen lo que quieran”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

4.1.1.4. Consumo de riesgo

En relación al consumo de riesgo, se observó que en el caso de los varones más del 45% reconoció haber bebido 3 ó más vasos seguidos alguna vez en su vida, y más del 40% de las mujeres, 2 ó más vasos seguidos.

Tabla 20. Distribución de la población según consumo de riesgo de alcohol por género

	Total	Hombres	Mujeres	p
	n = 1275	n = 629	n = 646	
<i>Bebedor habitual discontinuo n (%)</i>	173 (13,6)	97 (15,5)	76 (11,8)	0,054*
<i>Bebedor/a intenso/a ocasional n (%)</i>		297 (48,1)	281 (44,0)	
<i>Bebedor/a intenso/a ocasional recientemente n (%)</i>		147 (23,9)	145 (22,7)	
<i>Emborracharse alguna vez n (%)</i>	348 (27,4)	188(30,0)	159 (24,7)	0,034*
<i>Emborracharse recientemente n (%)</i>	126 (9,9)	71 (11,3)	55 (8,6)	0,099

*p < 0,05

Se apreciaron diferencias significativas ($p < 0,00$) entre los ciclos de la ESO en todas las variables relacionadas con el consumo de riesgo, siendo mayor la prevalencia entre los estudiantes del 2º ciclo.

Tabla 21. Distribución del patrón de riesgo de consumo de alcohol, según curso

	1º ESO	2º ESO	3º ESO	4º ESO	1º Bach
	n = 250	n = 329	n = 299	n = 211	n = 186
<i>Bebedor habitual discontinuo n (%)</i>	15 (6,0)	35 (10,7)	41 (13,7)	53 (25,2)	29 (15,6)
<i>Emborracharse alguna vez n (%)</i>	21 (8,4)	79 (24,2)	93 (31,1)	86 (40,8)	69 (37,1)
<i>Emborracharse reciente n (%)</i>	6 (2,4)	27 (8,3)	33 (11,1)	38 (18,0)	22 (11,9)
Hombres	n = 111	n = 165	n = 162	n = 116	n = 75
<i>Bebedor intenso ocasional n (%)</i>	22 (20,0)	61 (38,4)	82 (51,3)	80 (69,6)	52 (70,3)
<i>Bebedor intenso ocasional reciente n (%)</i>	7 (6,4)	24 (15,2)	40 (25,3)	47 (40,9)	29 (39,2)
Mujeres	n = 139	n = 164	n = 137	n = 95	n = 111
<i>Bebedora intensa ocasional n (%)</i>	19 (13,8)	62 (38,3)	75 (55,6)	57 (61,3)	68 (61,3)
<i>Bebedora intensa ocasional reciente n (%)</i>	7 (5,1)	30 (18,6)	38 (28,4)	28 (29,8)	42 (37,8)

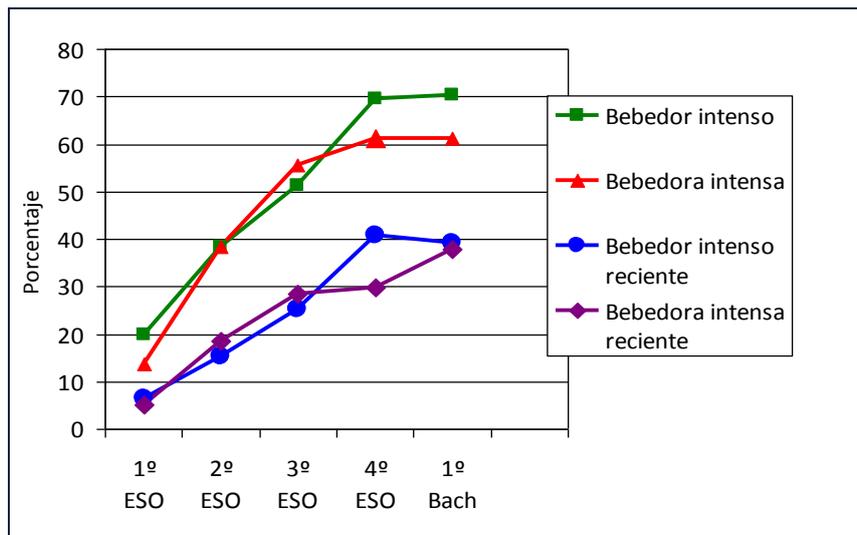


Figura 15. Distribución de la población según el consumo de riesgo por curso

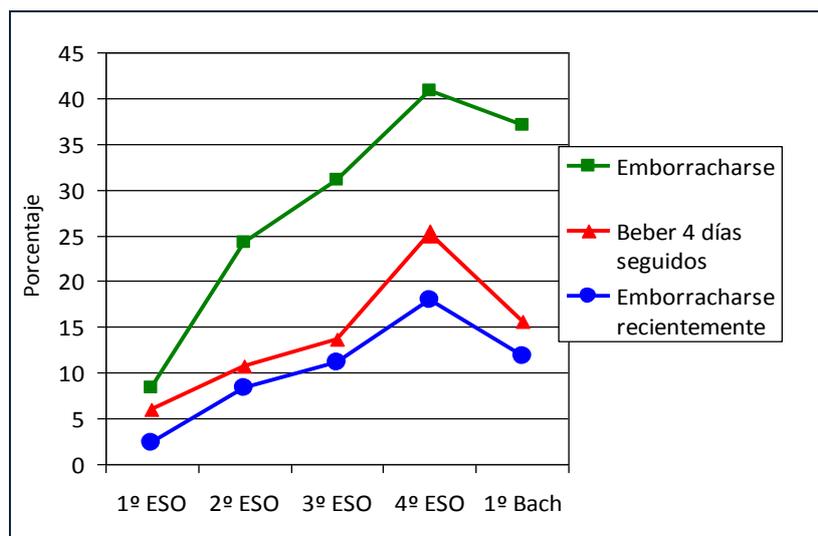


Figura 16. Distribución de la población según consumo intenso por curso

El discurso puso de manifiesto una percepción de alto consumo, estimando que en una noche, tomaban como mínimo 2 a 3 copas, aunque lo normal fuera llegar a las 5 copas. El límite a partir del cual el alcohol podría ocasionarles efectos negativos lo establecieron, considerando que sea necesario superar las 6 o 7 copas para emborracharse.

Tabla 22. Distribución de la población según la edad media del consumo de riesgo de alcohol y género

	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
	n = 1275	n = 629	n = 646	
<i>Edad de inicio de consumo intenso ocasional</i>		13,55 ± 1,931	13,66 ± 0,497	
<i>Edad de inicio de borrachera</i>	13,92 ± 1,765	13,90 ± 1,888	13,94 ± 1,611	0,816

^a Media ± SD

Tabla 23. Distribución de la población según la edad media del consumo de riesgo de alcohol por curso

	1º ESO	2º ESO	3º ESO	4º ESO	1º Bach
	n = 250	n = 329	n = 299	n = 211	n = 186
<i>Edad de inicio borrachera</i>	11,39 ± 1,461	12,88 ± 1,707	13,70 ± 1,517	14,67 ± 1,467	15,06 ± 1,035

Los varones reconocieron tolerar mayor cantidad de alcohol que las chicas y diferenciaron el tipo de bebida más consumida según el género y la edad. Algunas chicas creían que bebían más los chicos.

- “y se bebieron cada uno un botellín de esos de los grandes, estaban borrachos”. (P3. 1^{er} ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).

- “Las chicas beben de su licor, nosotros de su licor podemos tomar 7 o 8 copas, pero ellas se beben 4 o 5 copas”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- “Beben hasta hartarse, la mayoría. Donde yo paro, yo paro, yo con la gente que he estado es que llega un momento que beber para ellos es como comer para mí a diario. Empiezan a beber, a beber, a beber”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- “Y después están los juegos típicos, yo aguanto más que tú, tal, yo me pego esto, yo bebo más que tú, yo me lo pego seco...”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- “Yo creo que hay gente que bebe con moderación, una minoría, pero están ahí en la mesa, pero si, son muchos los que beben”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- “Lo más que saben ellos es que su cuerpo aguantan 6 y para hacerse los mejores se pegan 8, y no pueden pegarse 8, porque su cuerpo no se los permite.”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- “Cuando van a hacer el botellón, todos los chiquillos que van a hacer el botellón el sábado, tres o cuatro botellas para seis, siete personas. Cuatro botellas creas o no, para seis o siete personas es una exageración”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

4.1.1.5. Características del consumo

Se estudió el tipo de bebida alcohólica que consumían los jóvenes del estudio y se observó diferencias significativas en las variables *bebedor de cerveza* ($p < 0,000$) y *bebedor de vino* ($p < 0,000$), con frecuencias superiores en el grupo de hombres (Tabla 24).

Tabla 24. Distribución del tipo de bebidas alcohólicas que consumen los jóvenes, según género.

	Total n = 1275	Hombres n = 629	Mujeres n = 646	p-valor
<i>Bebedor de cerveza n (%)</i>	190 (15,0)	125 (20,0)	65 (10,1)	0,000*
<i>Bebedor de vino n (%)</i>	67 (5,3)	46 (7,3)	21 (3,3)	0,001*
<i>Bebedor de bebidas alta graduación n (%)</i>	471 (38,4)	220 (36,1)	251 (40,7)#	0,097
<i>Bebedor de licor n (%)</i>	279 (22,5)	138 (22,5)	141 (22,5)#	0,996

* $p < 0,05$; # Pérdidas > 20

De manera general, los participantes identificaron como tipo de bebidas más consumidas, las blancas de alta graduación, como el ron blanco, el vodka y la ginebra. El consumo de licores, entre los que destacaba el Malibú se percibía como más frecuente entre las chicas. Otras bebidas a las que hacían alusión eran tequila y chupitos de ron. El vino sin

embargo refirieron tomarlo ocasionalmente y sólo en asaderos. Adjudicaban a la cerveza un valor positivo con respecto a los otros tipos de bebida, al creer que la misma le ayudaba a eliminar del organismo el exceso de alcohol consumido. Algunos informantes relataron beber con sus padres, tomando en estos casos cubatas. Las bebidas que no solían consumir eran whisky, coñac y otros licores, En el mismo discurso mencionaron no tomar bebidas energéticas por estar desaconsejadas por sus entrenadores.

- *“Normalmente el ron, casi siempre los chicos y a lo mejor las chicas prefieren Malibú porque es más dulce, sabe mejor”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Malibú entra muy suavcito, que no te das cuenta”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

- *“Por ejemplo las chicas Baccardí, Smirnoff y Malibú y los chicos ron y esas cosas”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Si es un tanganazo, ron solo, un chupito con la tapa de la botella”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Un poco de cerveza al final, para limpiar”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

- *“No has visto a gente que se toma el alcohol que se compra en la farmacia... y se toman eso... Yossss... y se lo toman”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

En lo referente a la forma de obtener las bebidas alcohólicas, más del 56% de los jóvenes declaró comprarlas en grupo, siendo los lugares más frecuentes los supermercados (n=413; 32,6%) y los puestos de venta de las fiestas populares (n=287; 22,6%).

El consumo en grupo fue también expresado por los informantes de los grupos focales, añadiendo que otro modo de adquisición era cogerlas de sus casas.

Cuando acudían a locales, declararon que bebían antes de entrar en los mismos ó bien introducían las bebidas a escondidas.

- *“Sobre todo si se va a las discotecas porque en las discotecas es cuando te compras la botella de ron y el refresco, porque dentro sale muy caro y primero bebes y luego entras en la discoteca.”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Nosotros hay veces que entramos las bebidas en mochilas”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

Los lugares de consumo se presentan en la siguiente figura (figura 17), donde se puede observar que casi un 30% de los jóvenes reconocieron beber en el entorno familiar.

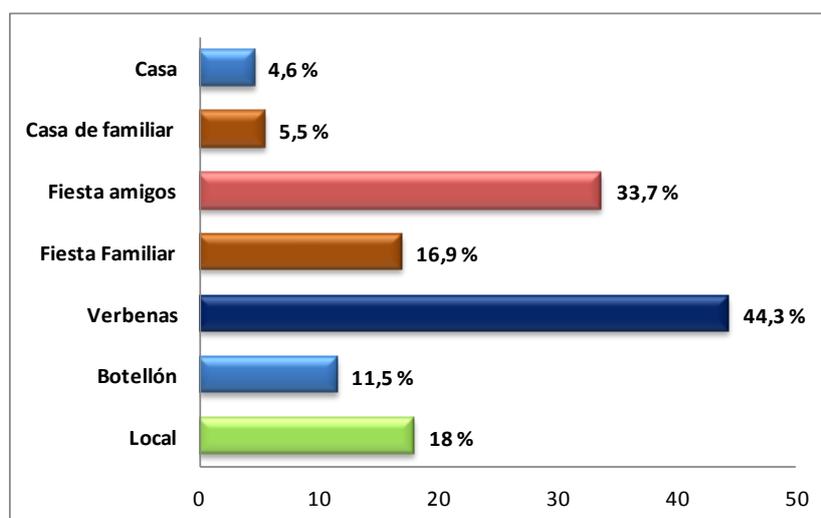


Figura 17. *Distribución del lugar en el que se consume alcohol*

Por lo general, los participantes refirieron un consumo de alcohol grupal, describiendo en su discurso como principales lugares el Parque de las Flores, el Parque de la Cruz y las fiestas populares. También hicieron mención al consumo en alguna fiesta familiar. Reconocieron beber en determinadas ocasiones en sus casas en ausencia de los padres, y algún joven comentó incluso haberlo hecho en solitario.

- *“Siempre que se reúne un grupo, siempre hay bebidas por medio”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*
- *“O si no puedo salir o algo, cojo una botella, o mi madre está caliente, me quedo en casa tranquilita, yo sola allí tranquilita y a veces te sabe más que estar en la calle con*

todo el mundo botado, estar en tu casa allí tranquilita con la botella...". (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

- "Mis amigas han bebido en su casa, lo esconden con una Coca-cola". (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

- "En las romerías, también, en las romerías justo delante de mi casa, donde siempre se pone gente, nada más habían chicos". (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).

- "Más bien bebida porque los asaderos nuestros lo menos que se compra es comida. Más bien bebida, cajita de chuletas para 30 personas y 20 o 30 botellas de todo, se mezcla de todo". (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).

Afirmaron que en el instituto no se consumía alcohol, pero en su discurso mencionaron el consumo de otras drogas.

- "Más que beber, más las drogas, más que beber". (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- "Es que es más fácil de pasar". (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- "Lo que es la droguita blanda". (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- "Un cigarro, un porrillo, éxtasis". (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

En cuanto a las características del consumo de tabaco, la siguiente figura (figura 18) pone de manifiesto los lugares habituales de consumo de tabaco declarados por los estudiantes a través del cuestionario.

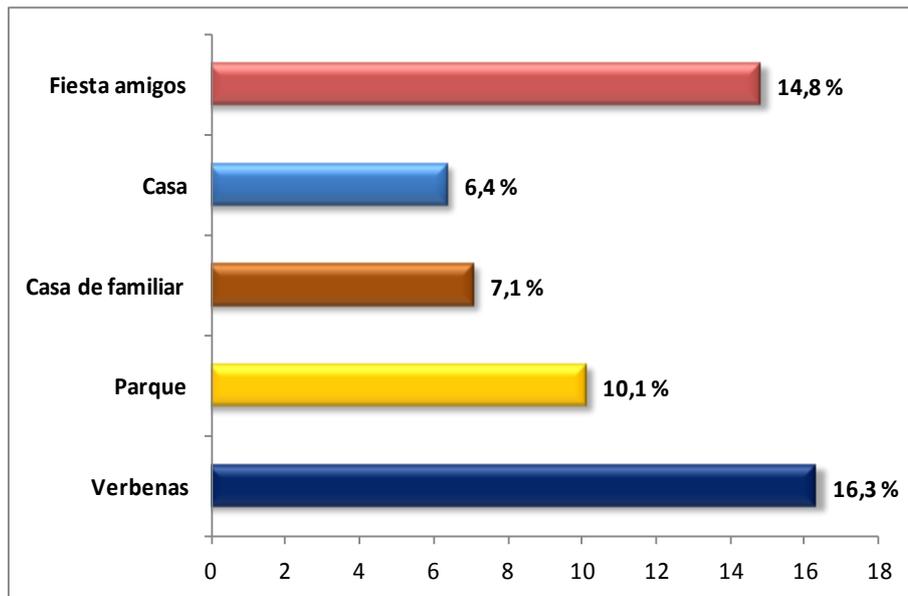


Figura 18. Distribución del lugar en el que se consume tabaco

La información procedente de los grupos focales coincidió con los datos anteriores, reflejando además otras características relacionadas con el consumo de tabaco, como la fidelidad a marcas de cigarrillos concretas, entre las que figuraban Coronas, LM, Camel y Marlboro. Algunos adolescentes comentaron que era más económico comprar un cartón de cigarrillos, aunque al final reconocían que tenerlo implicaba un mayor consumo. Manifestaron que era habitual pedir cigarrillos a otros, por lo que normalmente la cajetilla era compartida entre varios. También los padres y familiares les dejaban cigarrillos sueltos o ellos disponían de dinero para comprarlos en los kioscos.

- “Cuando toca el timbre ya tengo el cigarro en la mano, bajo y me lo fumo, si saco la caja en el patio, me quedo sin caja, entro en clase, ya no tengo caja”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

- “Cartones, yo creo que se gasta menos en un cartón que en cajetillas. Fumas más, pero si eres la típica que se fuma una caja diaria, te gastas más de la otra manera, al mes una caja diaria son 30 cajas”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).

Los jóvenes preferían fumar en grupos. Los mayores expresaron que en dichos grupos también había no fumadores.

- *“Más bien, los jóvenes que fuman, suelen fumar cuando están en grupo, con los amigos, no fuman solos o delante de los padres”. (P1. 1^{er} ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

El consumo de otros productos como el cannabis u otras sustancias se mencionó en diversos momentos del discurso entre los jóvenes de mayor edad, destacando lo precoz de su consumo y la sustitución del tabaco por otras sustancias en los momentos de fiesta.

- *“Empiezan a los 12 años a fumar y al año, año y medio empiezan con boberías, a fumar porros”. (P14. 1^o Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Hay gente que no fuma, sino que se echan, se echan un porro”. (P14. 1^o Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Los fines de semana yo no te cojo un tabaco, los fines de semana yo fumo lo que son porros... Los fines de semana hay materia y se fuma lo que haya de materia”. (P14. 1^o Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Yo fumo cigarros, pero mi pareja no fuma cigarros, fuma otra cosa, porros y a mi me gusta el sabor del porro porque se te va en el momento, en cambio el cigarro estás todo el día con el sabor”. (P14. 1^o Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

4.1.2. Factores determinantes del consumo de tabaco y alcohol

4.1.2.1. Factores individuales

- **Conocimientos**

En la tabla 25 se observa que la mayoría de los adolescentes manifestaron que el consumo de tabaco y alcohol podía influir negativamente en la salud. Sin embargo cabe destacar que una proporción considerable de los encuestados declaró que las consecuencias para la salud de fumar y beber eran menores en los jóvenes.

Tabla 25. Distribución de la población según los conocimientos relacionados con el tabaco y el alcohol por género

	Total n = 1275	Hombres n = 629	Mujeres n = 646	p-valor
<i>Fumar puede hacerte daño n (%)</i>	982 (96,7) [#]	459 (96,0)	523 (97,2)	0,291
<i>Beber puede llegar a hacerte daño n (%)</i>	1179 (93,9)	575 (92,9)	604 (95,0)	0,123
<i>Fumar hace menos daño cuando eres joven n (%)</i>	261 (20,7)	144 (23,2)	117 (18,4)	0,035*
<i>Beber hace menos daño cuando eres joven n (%)</i>	232 (18,5) [#]	124 (20,2)	108 (16,9)	0,133
<i>Lo importante es no tragarse el humo n (%)</i>	410 (32,9) [#]	220 (35,9)	190 (29,9)	0,087
<i>Lo importante no es la cantidad que bebas, sino que controles n (%)</i>	826 (66,0) [#]	415 (67,9)	411 (64,1)	0,150
<i>Estar al lado del que fuma puede hacerte daño n (%)</i>	1178 (93,7) [#]	574 (93,2)	604 (94,2)	0,441

*p < 0,05; [#] Pérdidas > 20

Al analizar los conocimientos relacionados con el tabaco entre fumadores y no fumadores, estos últimos manifestaron en mayor proporción que lo importante era no tragarse el humo.

Tabla 26. Distribución de la población según los conocimientos relacionados con el tabaco dependiendo de su condición de fumador

	Total n = 1275	Fumador n = 191	No fumador n = 1085	p-valor
<i>Fumar puede hacerte daño n (%)</i>	982 (96,7) [#]	148 (98,6)	834 (96,3)	0,142
<i>Fumar hace menos daño cuando eres joven n (%)</i>	261 (20,7)	42 (23,1)	216 (20,2)	0,359
<i>Lo importante es no tragarse el humo n (%)</i>	410 (32,9) [#]	49 (25,9)	361 (34,0)	0,031*

*p < 0,05; [#] Pérdidas > 20

Sin embargo se observaron más diferencias al comparar los conocimientos sobre alcohol entre bebedores y no bebedores, destacando que entre los no bebedores era mayor el porcentaje de adolescentes que declararon que beber podía llegar a hacer daño. Por otro lado, entre los bebedores era mayor la proporción de jóvenes con conocimientos erróneos.

Tabla 27. Distribución de la población según los conocimientos relacionados con el alcohol dependiendo de su condición de bebedor

	Total	Bebedor	No bebedores	p-valor
	n = 1275	n = 590	N=686	
<i>Beber puede llegar a hacerte daño n (%)</i>	1179 (93,9)	537 (91,6)	642 (96,4)#	0,000*
<i>Beber hace menos daño cuando eres joven n (%)</i>	232 (18,5)	126 (21,6)	106 (15,9)#	0,010*
<i>Lo importante no es la cantidad que bebas, sino que controles n (%)</i>	826 (66,0)	475 (81,6)	351 (52,4)	0,000*

*p < 0,05; # Pérdidas > 20

En términos generales los participantes de los grupos focales eran conscientes de que el tabaco producía daño y que podía llegar a ocasionar la muerte. Aunque subyacía la percepción de que lo grave era su carácter adictivo.

- *“Bueno no es... es malo, pero...” (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“Que es malo, pero... no sé...que es adictivo”. (P5. 3º ESO. Género masculino. Fumadores).*

Los componentes del humo del tabaco más citados por todos los grupos fueron en primer lugar la nicotina, la cual asociaban a la adicción y en segundo lugar el alquitrán, del que ignoraban sus efectos. Pocos mencionaron el monóxido de carbono y desconocían la existencia de las demás sustancias.

- *“La nicotina causa adicción”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

- *“La nicotina te engancha”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

Tenían conocimiento sobre la dependencia que producía el tabaco y algunos fumadores reconocían padecer dicho proceso.

- *“Me importa, pero, yo que sé... estoy enganchado”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

- *“Tengo que matar el mono con algo, y me fumo el mecánico de mi padre”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Ya no puedo dejar de fumar”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*
- *“Él no fuma y dice que si quiero fumar que me busque un novio que fume. Él se cree que es fácil, pero no es fácil” “Él piensa que llevo al menos 10 meses sin fumar, siempre tengo un chicle Orbit. Me deja si se entera que fumo”. P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

Sin embargo, otros jóvenes fumadores negaron estar sometidos a dicho fenómeno.

- *“Casi fumo por fumar, no, me gusta y me entretiene, pero no es un vicio que yo dependa de él”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*
- *“No me gusta y aun sigo fumando. Es que ya es casi... dependencia tampoco, porque si lo quiero lo dejo, pero tampoco hay tanta...”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*
- *“No me cuesta, pero... yo sé que no dependo de él, pero... yo no sé... la sensación de coger un pitillo y ponértelo en la boca (todos) je, je, je”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

El cáncer de pulmón fue la enfermedad identificada por todos los grupos. También hicieron referencia a otros tipos de tumores sufridos por personas conocidas, tales como abuelos y familiares de amigos, algunos de los cuales habían fallecido por dicha enfermedad. Asimismo, mencionaron otros tipos de tumores como el de lengua o el de laringe, y enfermedades relacionadas con las vías respiratorias y problemas cardiovasculares.

- *“Abuelos de amigas murieron de cáncer de pulmón”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*
- *“Enfermedades también como el cáncer de garganta, que de haber fumado en tu juventud, a lo mejor durante mucho tiempo, pues a lo mejor te salió a la larga”. “. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*
- *“A mi abuelo le tuvieron que quitar una cuerda vocal, se quedó con un agujero aquí”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

Los jóvenes no fumadores describieron los problemas respiratorios que afectaban a personas próximas de su entorno como padres y hermanos (asma, tos matutina, expectoración) así como la pérdida del olfato y del gusto.

- *“Mi padre se levanta por la mañana con una tos tremenda”. (P8. 2º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Yo tenía un vecino que siempre estaba echando flemas por el cigarro”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Mi padre fumaba, pero era asmático... y le daban ataques de asma”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

Especialmente el grupo de jóvenes fumadores describió los efectos relacionados con la pérdida de forma física que habían experimentado y afectado a su ritmo de vida.

- *“Yo me canso de nada, hasta caminando me canso”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“Yo antes estaba en un equipo de fútbol y no fumaba, ahora fumo y no juego sino lo típico, ir con los colegas a jugar a juego libre”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“Yo hacía deporte, pero ahora ni corro, ni camino, porque ahora no es lo mismo”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

También refirieron algunas manifestaciones externas ocasionadas por el consumo de tabaco, destacando de manera significativa el olor de los profesores y de los padres fumadores.

- *“Sé que damos olor a tabaco pero nadie me lo ha dicho”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

- *“Qué voy a hacer, si estuve fumando, no...”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

- *“No me resulta desagradable, no lo noto”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*
- *“A los profesores también se los nota, cuando llegan de la sala de profesores, se nota”. (P8. 2º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*
- *“Yo estoy en mi casa y mi padre en el balcón y ya estamos, yo y mi hermana iipá ya estás fumando!! y encima es Kruger que...”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

Los participantes de los grupos de bachillerato, tanto fumadores como no fumadores expresaron con rotundidad, el daño que ocasionaba el tabaco al fumador pasivo. No obstante, los jóvenes de 3º de la ESO, no se mostraron tan convencidos, incluso los fumadores afirmaban no pensar en ello.

- *“El feto, es como si estuviera fumando él”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*
- *“Ellos están respirándolo, ellos también, el que está al lado puede perjudicarse”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*
- *“Yo tuve bronquitis por mi padre”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*
- *“No pienso en eso, en que le haga daño a los otros”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

El discurso de los adolescentes puso de manifiesto sus conocimientos sobre algunos aspectos de la legislación, como los lugares en los que está prohibido fumar. Entre ellos mencionaron medios de transporte, lugares de ocio como cines y restaurantes, lugares de trabajo, centros sanitarios y educativos, y otros como hipermercados, gasolineras o ascensores. No obstante algunos jóvenes declararon desconocer la normativa relacionada con el tabaco.

Los informantes, mostraron dudas referentes a la posibilidad de fumar en el centro de salud y en el instituto. En lo que respecta a este último coincidían en que los estudiantes no podían fumar pero no estaban seguros de que la prohibición se extendiera al profesorado. No obstante, pensaban que debería estar prohibido para todos.

- *“En el instituto, se supone, que está prohibido fumar”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“En los colegios se puede fumar, solo en algunas zonas”. (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

- *“No creo que esté prohibido fumar a los profesores porque si no el director les llamaría la atención. Que yo sepa, no les llama la atención”. (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

En relación con otros aspectos de la legislación, los participantes no tenían claro a partir de qué edad permitía la ley la venta de tabaco a los adolescentes, situando la misma entre los 16 ó 18 años. Afirmaron conocer dicha información a través de las máquinas expendedoras de cigarrillos. Algunos informantes fumadores creían que la venta a menores a través de las máquinas estaba autorizada. Asimismo, suponían que la cantidad permitida de algunas sustancias contenidas en los cigarrillos, especialmente la nicotina, estaba regulada por ley.

En el discurso sobre el alcohol, los informantes expusieron una percepción generalizada de que su consumo producía daño en el organismo pero siempre lo condicionaron a la cantidad y a la frecuencia del mismo.

- *“Si bebes todos los días, llega un momento que falla...”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“No te va a causar algo grave, pero algo sí”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Si te bebes una copa o un par de cubatas no, pero si empiezas ahí dale que te pego, terminas...”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedores).*

- *“No sé, si solo los fines de semana... eso no creo que haga daño”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

Asimismo, centraban los efectos de las bebidas alcohólicas en la salud, en las consecuencias a largo plazo. Entre las patologías que identificaban los jóvenes destacaba el daño hepático, pero sin concretar el tipo de enfermedad. También mencionaban afectación de los riñones, del corazón, del páncreas o de las neuronas.

- *“Mi abuelo se está muriendo, ahora no puede comer, tiene el hígado destrozado... y le salió un tumor”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Destroza el organismo en su totalidad”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

Los accidentes de tráfico surgieron también en el discurso como un problema importante, constituyendo un motivo de preocupación para algunos jóvenes.

- *“Me j... que beban, me asusta que beban, beben y fijo estoy, ¡chacho, no bebas más que tienes que conducir y tal!”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Él bebe y se divierte con sus cosas y después yo tengo que llevar la moto para abajo”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

Los procesos de dependencia y tolerancia fueron asociados a términos como adicción, enganche o alcoholismo. Este último fue reconocido en todos los grupos como un problema, siendo conceptualizado como una borrachera continua.

- *“Te puede causar una adicción que no puedes controlar hasta perder la vida por eso ¿no? el exceso”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Te acostumbras a beber y luego no puedes vivir sin beber”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

Contrariamente al discurso de los informantes bebedores, que negaban que el consumo de fines de semana generara dependencia al alcohol, los no bebedores, reconocían esta posibilidad.

- *“Si estás acostumbrado cuando sales a echarte una copa, después cuando sales si no te la echas parece que te falta algo”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Las que solo beben los fines de semana y tienen necesidad de beber, los que dicen hoy es sábado y me tengo que emborrachar, eso es ser también alcohólico”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Beben los fines de semana y el fin de semana que no bebes no te sientes a gusto con ti mismo”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*
- *“Si estás esperando que llegue el fin de semana para beber, ya es una adicción”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

Los efectos a corto plazo fueron expresados con detalle y en primera persona. Los efectos inmediatos referidos fueron disminución del autocontrol, descoordinación motora, visión borrosa, mareos y vómitos.

- *“Pierdes la vergüenza, no eres consciente de lo que haces”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Puede hacer cosas que no quiere, pero que las hace”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*
- *“Es como si no fueras tú y no te das cuenta de lo que haces”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*
- *“Gente vomitando”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*
- *“El borracho tiende a ser pesado”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*
- *“Dice todo lo que piensa”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

- *“Los tíos cuando beben son más plastas, más pegajosos”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

También relataron los efectos del día siguiente, como la resaca, el dolor de cabeza o la falta de memoria.

- *“Al día siguiente no me acuerdo de muchas cosas”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Un dolor de cabeza, qué asco”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

En el discurso de los informantes, especialmente en el grupo de bachillerato, se hizo alusión a los cambios de personalidad a largo plazo y en el momento de la borrachera, refiriendo comportamientos más agresivos y violentos.

- *“Es una persona totalmente diferente a lo que es todos los días, cuando bebe cambia”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“Uno que esté borracho se pone a molestarte y uno que esté sereno y el que está sereno tumba al borracho”, “normal, te ponen de los nervios”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Al final terminamos todas en el Negrín, porque las muchachas que iban con ellos se pelearon con las que iban con nosotras”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Pelear por todos lados”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Crea violencia, los mismos amigos de las chicas, para defender a las chicas, van y te pegan”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“Hasta los mismos amigos suelen pegarse tollos cuando están borrachos y acaban dándose piñas. Y después al día siguiente los ves otra vez juntos”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

La mayoría identificó el coma etílico como uno de los problemas del consumo excesivo de alcohol y además casi todos manifestaron haber sido testigos de cómo algún amigo necesitó atención sanitaria urgente por esta causa.

- *“Estaba al lado mío, empezó a echar espuma por la boca, lo tuvimos que ingresar y todo...”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“Y estaba como desmayado, vino la ambulancia y se lo llevaron”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

Unos pocos reconocieron la figura del bebedor pasivo al manifestar que el que bebía alcohol no solo se perjudicaba a sí mismo, sino que su consumo también podía afectar a su familia y a las personas de su entorno.

En todos los grupos se puso de manifiesto la asociación entre el consumo de vino o cerveza y ciertos beneficios para la salud.

- *“Se puede beber un vasito de vino en la comida, lo dicen los médicos, que es bueno”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“El otro día oí en la tele que una cerveza decía que rejuvenecía a las personas”. (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

Los informantes hicieron alusión a las sensaciones agradables que experimentaban cuando bebían. Sin embargo, de manera reiterada mencionaban la necesidad de controlar el consumo.

- *“Da un vacilón chachi si no te sube mucho”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Hasta que se sienten a gusto, suelen decir, ya estoy a gusto y hala...”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Desde que empiezan a ponerse un poco alegre, pues ya deberían parar ya”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Hay gente que no bebe y está ahí amormada... Si sale a divertirse...”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Pa’ divertirse si controlas”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

No obstante, su discurso reflejaba la dificultad que suponía controlar la cantidad de bebida necesaria para no pasarse. Solo el grupo de bachillerato hizo mención a la diferencia de tolerancia entre géneros.

- *“Algunos se echan un cubata y ya está y otros a lo mejor se echan 3 o 4 y está normal”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“De seis copas en adelante no hay mucha gente que aguante”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*
- *“El organismo de las chicas no está... por decirlo de alguna manera, no es tan resistente como el del hombre, como el de los chicos”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

El discurso puso de manifiesto cierto desconocimiento sobre algunos aspectos de la legislación vigente respecto al alcohol, tales como lo que prohibía y a qué edades, así como los lugares y horarios de venta. Destacó que fueron los más jóvenes (1º de la ESO) los que identificaron los lugares en los que estaban prohibidos la venta y el consumo.

- *“Que no se puede beber hasta que tienes 16 o 18 años”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*
- *“No sé en qué sitios no se puede beber”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- Creencias

Se observó que el predominio de algunas creencias erróneas era mayor entre los varones, tal como se expresa en la siguiente tabla.

Tabla 28. Distribución de la población según las creencias relacionadas con el tabaco y el alcohol por género

	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
	n = 1275	n = 629	n = 646	
<i>Fumar es divertido n (%)</i>	90 (7,1)	52 (8,4)	38 (5,9)	0,086
<i>Beber es divertido n (%)</i>	361 (28,7)	211 (34,5)	150 (23,3)	0,000*
<i>Fumar me hace sentir mayor n (%)</i>	119 (9,5)	62 (10,1)	57 (8,9)	0,478
<i>Beber me hace sentir mayor n (%)</i>	114 (9,1)	64 (10,4)	50 (7,8)	0,102
<i>Me siento importante si fumo n (%)</i>	93 (7,4)	46 (7,4)	47 (7,3)	0,946
<i>Me siento importante si bebo n (%)</i>	86 (6,9)	46 (7,5)	40 (6,2)	0,368
<i>Fumar ayuda a hacer amigos n (%)</i>	119 (9,5)#	79 (12,9)	40 (6,3)	0,000*
<i>Beber ayuda a hacer amigos n (%)</i>	164 (13,2)#	110 (18,2)	54 (8,5)	0,000*
<i>Fumar ayuda a relacionarse con personas de otro sexo n (%)</i>	129 (10,3)#	88 (14,4)	41 (6,4)	0,000*
<i>Beber ayuda a relacionarse con personas de otro sexo n (%)</i>	228 (18,2)#	144 (23,6)	84 (13,1)	0,000*
<i>Beber ayuda a olvidar n (%)</i>	424 (33,9)#	240 (39,3)	184 (28,8)	0,000*
<i>Beber ayuda a pasarlo bien n (%)</i>	371 (29,7)#	101 (16,5)	48 (7,5)	0,000*
<i>Es normal fumar a partir de cierta edad n (%)</i>	267 (21,4)#	152 (24,8)	115 (18,1)	0,003*
<i>Es normal beber a partir de cierta edad n (%)</i>	371 (29,7)#	215 (35,4)	156 (24,4)	0,000*
<i>Mis padres se enfadarían si se enteran que fumo n (%)</i>	1065 (85,5)#	547 (88,1)	517 (83,0)	0,011*
<i>Mis padres se enfadarían si se enteran que bebo n (%)</i>	898 (72,0)	425 (69,7)	472 (74,1)	0,082

*p < 0,05; # Pérdidas > 20

En las tablas 29 y 30 se observa que entre los fumadores y bebedores era mayor la proporción de jóvenes con creencias erróneas.

Tabla 29. Distribución de la población según las creencias relacionadas con el tabaco dependiendo de su condición de fumador

	Total n = 1275	Fumador n = 191	No fumador n = 1085	p-valor
<i>Fumar es divertido n (%)</i>	89 (7,1)	34 (18,4)	55 (5,1)	0,000*
<i>Fumar me hace sentir mayor n (%)</i>	118 (9,4)#	17 (9,2)	101 (9,5)	0,896
<i>Me siento importante si fumo n (%)</i>	92 (7,3)	12 (6,4)	80 (7,5)	0,601
<i>Fumar ayuda a hacer amigos n (%)</i>	118 (9,5)#	26 (14,1)	92 (8,7)	0,021*
<i>Fumar ayuda a relacionarse con personas de otro sexo n (%)</i>	128 (10,3)#	30 (16,3)	98 (9,2)	0,004*
<i>Es normal fumar a partir de cierta edad n (%)</i>	265 (21,3)#	70 (38,0)	195 (18,4)	0,000*
<i>Mis padres se enfadarían si se enteran que fumo n (%)</i>	1058 (85,5)#	160 (85,6)	898 (85,4)	0,966

*p < 0,05; # Pérdidas > 20

Tabla 30. Distribución de la población según las creencias relacionadas con el alcohol dependiendo de su condición de bebedor

	Total n = 1275	Bebedor n = 590	No bebedores N=686	p-valor
<i>Beber es divertido n (%)</i>	358 (28,6)#	287 (49,3)	71 (10,6)	0,000*
<i>Beber me hace sentir mayor n (%)</i>	113 (9,0)#	73 (12,6)	40 (6,0)	0,000*
<i>Me siento importante si bebo n (%)</i>	84 (6,7)#	54 (9,3)	30 (4,5)	0,001*
<i>Beber ayuda a hacer amigos n (%)</i>	163 (13,2)#	116 (20,4)	47 (7,1)	0,000*
<i>Beber ayuda a relacionarse con personas de otro sexo n (%)</i>	227 (18,2)#	160 (27,5)	67 (10,1)	0,000*
<i>Beber ayuda a olvidar n (%)</i>	422 (33,9)#	292 (50,3)	130 (19,5)	0,000*
<i>Beber ayuda a pasarlo bien n (%)</i>	147 (11,8)#	117 (20,2)	30 (4,5)	0,000*
<i>Es normal beber a partir de cierta edad n (%)</i>	368 (29,6)#	232 (40,0)	136 (20,5)	0,000*
<i>Mis padres se enfadarían si se enteran que bebo n (%)</i>	892 (71,8)#	369 (63,8)	523 (78,8)	0,000*

*p < 0,05; # Pérdidas > 20

Si bien todos los informantes creían que fumar no se acompañaba de representación externa concreta, los mayores consideraban que para los más jóvenes el tabaco simbolizaba popularidad entre sus iguales.

- *“A esta edad no tanto, pero el que fuma en 1º y 2º ESO ya el que fuma es el bomba”.* (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).

- *“Los chiquillos chicos te ven fumando un cigarro y ya está, y como ya van al instituto para hacerse los chachis, lo ves allí fumando”.* (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

- *“Yo veo a los chiquillos de mi instituto, enanos y los ves fumando, ¿pero esto qué es?”.* (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

Las chicas no fumadoras sobrevaloraban la importancia de fumar para pertenecer a un grupo, considerando el fumar un instrumento para relacionarse con sus iguales.

- *“No te tratan diferente, pero es como dice ella, te sientes rara, tú ahí, todo el mundo está fumando y tu mirando”.* (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).

- *“Cuando estás sola se ponen, venga y tal, cuando tú estás sola, tú ahí, pero de alguna manera te está rechazando, incitando”.* (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).

- *“He llegado a fumar por querer ser igual que ellos. Me arrepiento porque después de eso tuve crisis de asma y estuve un mes ingresada”.* (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).

- *“No se relacionan con los que no fuman”.* (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).

Al abordar el tema del alcohol, los informantes pusieron de manifiesto la inexistencia de un aspecto físico concreto entre los bebedores. Por otro lado, rechazaron que beber fuera una moda, argumentando que la gente siempre ha bebido. Tan solo algunos jóvenes del primer ciclo de la ESO manifestaron que a esas edades podría considerarse como tal.

- *“Siempre ha estado ahí... Los viejos toda la vida han bebido”.* (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

- *“Yo creo que están más de moda las drogas que las bebidas”.* (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

En el discurso subyacía la creencia de que el inicio en el consumo de alcohol marcaba el paso hacia la edad adulta.

- *“De vez en cuando mis amigas beben, todas menos yo. Para ellas es importante que les apoye porque para ellas están empezando un mundo un poco nuevo, empezar a beber y necesitan que las amigas le apoyen, entonces ven que la gente va con ellas y tal...”*. (P4. 1^{er} ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

- *“Cuando empiezas a salir del cascarón”*. (P4. 1^{er} ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

Los jóvenes no bebedores le adjudicaban un valor negativo al consumo de alcohol, y los bebedores antepusieron la relación de pareja a dicha conducta.

- *“Le pediría que lo dejara porque es mejor para esa pareja el no beber, que vea que te interesas por lo que haga”*. (P12. 2^o ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

- *“Depende del cariño que le tengas a la chica”*. (P17. 1^o Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- *“Yo por ejemplo, si yo estoy empeñado en una piba, intentaría dejar de beber”*. (P17. 1^o Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

El consumo de alcohol representaba para los informantes una expresión de libertad.

- *“Un símbolo de libertad, de sentirse más por beber y que no lo sepa el padre”*. (P17. 1^o Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- *“Lo ve más como un símbolo de hacer lo contrario a él”*. (P17. 1^o Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- *“Yo que sé, a mi me gusta ser libre y si me imponen algo pues, no es que me vaya a emborrachar pero que me vieran bebiendo algo”*. (P12. 2^o ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

Asimismo, para los no bebedores, consumir alcohol simbolizaba la necesidad de pertenencia a un grupo. Aunque los bebedores consideraban absurda esta asociación.

- “La mayoría de la gente bebe alcohol para incluirse dentro de un grupo... Beben para que los demás lo acepten mejor”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y No bebedores).

- **Actitudes**

Al analizar diferentes actitudes de los jóvenes en relación al consumo de tabaco y alcohol propio o de su entorno más cercano, se observó que los chicos mostraron indiferencia en mayor proporción que las chicas.

Tabla 31. Distribución de la población según las actitudes relacionadas con el tabaco y el alcohol por género

	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
	n = 1275	n = 629	n = 646	
<i>Fumaré alguna vez en la vida n (%)</i>	366 (29,4)	173 (28,2)	193 (30,6)	0,360
<i>Beberé alguna vez en la vida n (%)</i>	767 (62,1)	386 (63,9)	381 (60,3)	0,190
<i>Me disgusta que mis padres fumen o fumaran n (%)</i>	979 (78,5)	484 (78,8)	495 (78,2)	0,787
<i>Me disgusta que mis padres beban o que bebiesen n (%)</i>	744 (61,0)	346 (57,5)	398 (64,4)	0,013*
<i>Me da lo mismo que mi hermano fume o fumase n (%)</i>	155 (12,4)	96 (15,7)	59 (9,3)	0,001*
<i>Me da lo mismo que mi hermano beba o bebiese n (%)</i>	241 (19,3)	157 (25,6)	84 (13,3)	0,000*
<i>Me da lo mismo que fumen a mi alrededor n (%)</i>	354 (28,3)	169 (27,6)	185 (29,0)	0,575
<i>Me da lo mismo que se emborrachen a mi alrededor n (%)</i>	375 (30,0)	217 (35,3)	158 (24,8)	0,000*
<i>La venta de tabaco debería estar prohibida en todas las edades n (%)</i>	915 (73,1)	457 (74,2)	458 (72,0)	0,386
<i>La venta de bebidas alcohólicas deberían estar prohibidas en todas las edades n (%)</i>	694 (55,3)	338 (54,9)	356 (55,8)	0,741

*p < 0,05

En las tablas 32 y 33 se puso de manifiesto que los adolescentes no fumadores y no bebedores mostraban en mayor proporción actitudes contrarias al consumo de estas

sustancias por parte de sus padres, así como a la venta de estos productos. Por otro lado, los fumadores y bebedores mostraron mayor indiferencia que los no consumidores.

Tabla 32. Distribución de la población según las actitudes relacionadas con el tabaco dependiendo de su condición de fumador

	Total n = 1275	Fumador n = 191	No fumador n = 1085	p-valor
<i>Me disgusta que mis padres fumen o fumarán n (%)</i>	974 (78,4)	110 (59,5)	864 (81,7)	0,000*
<i>Me da lo mismo que mi hermano fume o fumase n (%)</i>	155 (12,5)	22 (12,0)	133 (12,6)	0,839
<i>Me da lo mismo que fumen a mi alrededor n (%)</i>	352 (28,3)	122 (67,0)	230 (21,6)	0,000*
<i>La venta de tabaco debería estar prohibida en todas las edades n (%)</i>	911 (73,1)	76 (41,8)	835 (78,5)	0,000*

*p < 0,05

Tabla 33. Distribución de la población según las actitudes relacionadas con el alcohol dependiendo de su condición de bebedor

	Total n = 1275	Bebedor n = 590	No bebedores N=686	p-valor
<i>Me disgusta que mis padres beban o que bebiesen n (%)</i>	741 (61,0)	312 (55,5)	429 (65,7)	0,000*
<i>Me da lo mismo que mi hermano beba o bebiese n (%)</i>	239 (19,3)	143 (24,6)	96 (14,6)	0,000*
<i>Me da lo mismo que se emborrachen a mi alrededor n (%)</i>	374 (30,0)	258 (44,1)	116 (17,5)	0,000*
<i>La venta de bebidas alcohólicas deberían estar prohibidas en todas las edades n (%)</i>	691 (55,3)	242 (41,2)	449 (67,8)	0,000*

*p < 0,05

La información obtenida a través de las entrevistas grupales puso de manifiesto la intención generalizada de no fumar jamás por parte de los no fumadores. Sin embargo, algunos manifestaron la posibilidad de fumar algún día.

- *“Ahora digo que no, pero si me quedo sin amigas y otro grupo me acoge y fuman y yo por hacerles el gusto a lo mejor puedo fumar, pero yo ahora mismo no”. (P2. 1^{er} ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

Mientras que los jóvenes del primer ciclo de la ESO manifestaron rotundamente no tener intención de consumir alcohol en su vida, en los grupos de bachillerato, los informantes varones presentaban dudas y las chicas afirmaban que beberían.

- *“No es cuestión de plantárselo, porque uno nunca sabe”. (P17. 1^o Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

Respecto a la percepción de riesgo en relación al tabaquismo se pusieron de manifiesto diferentes actitudes. En términos generales manifestaron inquietud por aquellas personas fumadoras que fuesen significativas en sus vidas y a las que tuviesen cariño.

La familia constituía el núcleo principal de preocupación para todos los jóvenes, observándose diferentes matices entre fumadores y no fumadores. En el discurso de los primeros se apreció un sentimiento contradictorio ya que no se creían con derecho a recriminar dicho hábito a otros miembros de su familia. Sin embargo, los no fumadores sentían que por ser jóvenes, los adultos no les iban a hacer caso.

- *“Importarme, claro que me importa, siempre le dices que lo deje, pero cuando tú fumas no puedes decirle idéjalo, que eso es malo!”. (P14. 1^o Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Me importa por los dos, pero tú piensas que tus padres a ti te van a hacer caso, escucharán tu opinión y tus consejos, pero...”. (P16. 1^o Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

Con los amigos establecían una relación de tolerancia, priorizando el derecho al respeto y a la libertad de decisión de cada uno, sobre el posible riesgo que pudiesen correr sus amigos fumadores. El mismo era percibido en mayor medida por las chicas, las cuales aconsejaban el abandono del hábito.

- *“En realidad todos tenemos la misma capacidad para saber lo que tenemos que hacer, yo con mi vida hago lo que me da la gana, tu con la tuya también”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“¿Quiénes somos para decirles que no lo hagan”. (P8. 2º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Sobre todo las amigas. Sobre todo las niñas que no fuman... te dicen ¿por qué no dejas de fumar? Te comen el tarro ¿Por qué esto, por qué lo otro?”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

Además, a través de los discursos de los fumadores, se evidenciaron determinadas situaciones que reflejaban una baja percepción de riesgo. Así, reconocieron que estos no ponían objeción cuando sus amigos les pedían probar el tabaco, e incluso incitaban e invitaban a los demás a fumar.

Salvo excepciones, los profesores no fueron considerados como personas importantes de su entorno. Por dicho motivo, el discurso generalizado fue de indiferencia.

Respecto a la percepción de riesgo ante la posibilidad de que su pareja fumase, mayoritariamente se puso de manifiesto el deseo de que no lo hiciera. También refirieron que sus parejas eran conscientes del riesgo que conllevaba fumar, por ello les insistían para que dejaran el tabaco. Algunos fumadores sin embargo, se mostraban más permisivos con la posibilidad de que su pareja fumase.

- *“La mía no fuma y está todos los días echándome los perros, ¡a ver cuando dejas de fumar!”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“Si es una persona a la que quiero sí, si no te importa el que está a tu lado, no te molesta... Si no te molesta es que no sientes nada por esa persona, pero cuando es allegada a ti, sí te molesta”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“A mi me da igual, porque si ella respeta que yo fume, ¡que voy a fumar yo y ella no! Yo no intentaría que lo dejara, me da igual”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

En el discurso de los jóvenes se observaron pocas referencias al posible riesgo del tabaquismo sobre sí mismo. No obstante, cuando hablaban de sus efectos, describían signos y síntomas que ellos habían sentido.

Destacó que algunos manifestaron actitudes favorables a las restricciones de la venta del tabaco, llegando incluso a sugerir una subida del precio del mismo e incluso su prohibición.

- *“¡Claro!, porque pon tú que a un niño de 10 o 12 años, a lo mejor para salir por ahí le dan 6 euros. Si te suben la caja de tabaco a 5 euros, casi no te da, hay que subirlo más”* (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

- *“Para empezar deberían subir los precios del tabaco y si no sacarlo del mercado”.* (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).

- *“El gasto de dinero, un montón... La de Marlboro 2,20”.* (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).

Algunos chicos fumadores manifestaron su acuerdo con la existencia de espacios en donde estuviera prohibido fumar. Sin embargo algunos lo veían como una limitación que les generaba cierta crispación.

- *“A mí mejor, porque cuanto más me marginas mejor, porque lo voy dejando”.* (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

- *“Yo respeto a todo el mundo, pero...”.* (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

En lo referente a las actitudes ante el alcohol, los informantes opinaron que el consumo de alcohol en los adultos no presentaba riesgo, considerando que los estudiantes de 1º de bachillerato pertenecían a este grupo de población. De hecho asumían su carácter de normalidad, siempre que el consumo no fuera excesivo, minimizando incluso sus posibles daños al compararlo con los producidos por el tabaco.

- *“Nosotros lo vemos normal. Lo vemos normal porque es lo que vemos diariamente”.* (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).

- *“Si bebe en exceso sí, pero tomarse dos cubatas es normal”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Los hombres sí, porque tomarse una cerveza y eso, tu lo ves ya y eso es normal, porque nunca verás a un hombre, casi a ningún hombre que no beba”. (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Las mujeres es como si nos cuidamos más que los hombres”. (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Que fumen sí pero que beban no”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

No obstante, percibían el riesgo al referirse a las consecuencias de las borracheras, y expresaban al respecto sentimientos de pena, de vergüenza, de rabia o de indiferencia.

- *“Me da pena porque los ves ahí vomitando y que lo están pasando mal y a la semana siguiente los ves igual”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Si es un amigo me da, me da vergüenza”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Impotencia, porque ves a esa persona que está mal y no puedes hacer nada por ella”. (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Por una parte da pena, por otra, ellos se los buscaron, saben las consecuencias”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

Otra situación percibida como de riesgo fue la derivada de la asociación entre alcohol y conducción. Los no bebedores lo contemplaban con preocupación, especialmente las chicas.

- *“Me j... que beban, me asusta que beban, beben y fijo estoy, ¡chacho, no bebas más que tienes que conducir y tal!”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Y voy acoj... Ellos están conscientes, y controlan el coche y tal, pero yo voy...”*. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

- *“Pero la mayoría piensan, total, ya queda poco, vas a seguir para delante”*. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

El consumo de alcohol por parte de los profesores les resultaba indiferente salvo si repercutía en sus clases.

- *“Como no es de mi familia, con que me pongan un suficiente, de resto pueden hacer lo que quieran”*. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y No bebedores).

El discurso variaba cuando hablaban de la familia. De este modo, el riesgo fue percibido de manera especial cuando se trataba del consumo excesivo por parte de sus familiares, especialmente del padre. Por otro lado, consideraron que los adultos se suelen ver presionados a beber en determinadas situaciones como las fiestas.

- *“Yo me cojo unos trapes cuando mi padre empieza a beber... me pongo histérica”*. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

- *“Si es una copa me da igual porque es normal, pero si se pasa me enfado”*. (P12. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

- *“Ahora, yo por suerte, en mi familia, no tengo a nadie, gracias a Dios, en mi familia no tengo a nadie, la familia con la que yo estoy rodeado, no tengo a nadie que se pase con la bebida”*. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- *“Te sientes infligido en muchas fiestas, cuando vas con tus padres y la familia te sientes infligido a beber, se siente la persona infligida, hasta los mayores se sienten infligidos a beber. En la mayoría de las fiestas familiares hay alcohol por medio”*. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

Asimismo, la percepción del riesgo se extendió a sus futuros hijos.

- *“Yo cuando tenga un hijo y lo vea con una bebida le voy a dar una de tollos que, que te planteas en un futuro, cuando sea más grande, ser mucho más estricto contigo mismo y con la familia que tu vas a tener”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

Al igual que ocurría con los familiares, los participante percibían riesgo cuando era la pareja la que consumía alcohol.

- *“El mío sí bebe, el otro día tuve una agarrada con él”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Yo cuando salgo con él no bebo, porque sé cómo se va a poner, y paso de cogermelo yo una tranca también, entonces sí que estamos bonitos.”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Bebe, pero lo que me molesta es que para comer siempre se tiene que beber una cerveza y no. En el trabajo también y sí me molesta.”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

Por un lado, las chicas no bebedoras preferían que sus parejas no bebieran, especialmente cuando estaban con ellas, pues no estaban dispuestas a soportar sus borracheras. De hecho, algunas reconocieron que exigían a su pareja que no bebiera, mientras que otras se conformaban con que lo hicieran con moderación, llamándoles la atención cuando se pasaban con la bebida.

- *“Porque no me apetece arrastrar con él, sinceramente... Si le digo, chacho estás bebiendo mucho o lo que sea y para un poco, pero tampoco soy la madre para decirle: una y ya está.”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Tampoco es eso, que le digas que no bebas, pero tampoco no hay ganas ni humor de estar pasando por eso porque a él le de la gana.”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

Por otro lado, los varones declararon no utilizar las prohibiciones, sin embargo reconocían que preferían parejas no bebedoras, ya que creerían que serían más fieles.

- *“Exacto en que en una verbena la tienes que amarrar”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*
- *“Es que de una persona que bebe mucho no te puedes fiar”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*
- *“Me voy a otra chica que le gusten los chicos que no beben”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

Cuando se refirieron a sus amigos no percibieron riesgo, y su discurso reflejó indiferencia, manifestando que su única preocupación era que no les estropeasen la fiesta si se emborrachaban.

- *“Me j..., los ves allí botados”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras)*
- *“Te molesta... porque tienes que estar con él”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Que beban todo lo que quieran pero que no me corten el rollo”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Mientras me deje a mí a mi bola, mientras me deje a mí tranquilo y no me de problemas... cuando empieza a dar la lata...”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

No obstante, las chicas manifestaron sentimientos de pena y preocupación ante esta situación. Incluso algunas bebedoras mostraron una actitud protectora hacia los amigos que se emborrachaban.

- *“Más que porque te corten el rollo es porque te da no sé qué verlos así. Yo soy un montón de nerviosa y no me gusta verlos así.”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“A mí sí me preocupa bastante porque cuando beben no beben moderadamente, sino que cuando beben se pegan un atracón, entonces sí que me preocupa, pero por más que intento hablar con ellos...”. (P4. 1^{er} ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Te hace pasar malos momentos porque sales tú, con él, de fiesta, luego se emborracha, se mete con alguien, tienes que ayudarlo porque es tu amigo. Y empieza a vomitar y tienes que llevarlo a su casa, tienes que a lo mejor llevarlo a la tuya, para que su madre no lo vea, porque huele mal...”. (P12. 2^o ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Tampoco lo voy a dejar botado...pero es mi amigo j... (risas) me río de él porque me tengo que reír. No se pasa bien...”. (P10. 2^o ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Yo sé que no les va a pasar nada, que es una templaera y que al día siguiente van a estar de p...m..., pero me pone nerviosa verlos así, más que porque me corten el rollo”. (P10. 2^o ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Me da pena, se pasó el pobre ¿qué vas a hacer?”. (P10. 2^o ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

En el discurso de los jóvenes bebedores quedó patente el rechazo a cualquier tipo de prohibición relacionada con el consumo de alcohol, argumentando que aceptaban mejor los consejos para un consumo moderado. Además proponían conductas alternativas para no beber en exceso.

- *“A mí me lo han prohibido y entre más me lo prohíben más sigo”. (P10. 2^o ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Si te gusta que lo haga pero que tampoco te pases”. (P10. 2^o ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Diluir la bebida en agua”. (P9. 2^o ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*
- *“Hacer combinados sin alcohol”. (P9. 2^o ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

A través de los grupos focales se pusieron de manifiesto también actitudes de respeto y tolerancia, como las expresadas por los jóvenes fumadores hacia las personas que no fumaban y hacia sus padres.

- *“Cuando estoy con los niños me pongo en la ventana a fumar, cosa que no hace el padre, porque sé que le hace daño”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“En el sitio cerrado si hay gente que no fuma, no vas a ponerte allí, aunque tu fumes, en un salón por ejemplo, tienes que salir tú”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Yo intento respetarlos a ellos, que no me vean cigarros. Fumo cuando no me vea nadie, tampoco me escondo, pero es una cosa, como respeto hacia mis padres, ellos me han dado una enseñanza... y yo lo respeto, a mis padres les tengo respeto”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

Algunos informantes no fumadores expresaron su tolerancia ante el consumo de tabaco por parte de sus iguales y manifestaron ser permisivos con amigos fumadores que incumplen la legislación.

- *“Me molesta un poco, pero lo puedo soportar. No voy a decir que no”. ”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Normalmente me aguanto”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras)*

- *“Te dan ganas de decirlo pero te callas para no quedar mal”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

Sin embargo, aunque bastantes fumadores reconocían el daño del humo del tabaco a terceras personas, reivindicaban su derecho a fumar con actitudes irrespetuosas.

- *“Si te molesta, baja los cristales”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

- *“¿Te molesta?, vete para adentro, porque si yo llego y estoy fumando, yo me voy, pero si llega él y le molesta que se vaya él”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras)*

- *“Sí, pero que se aparten”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

Por último, en el discurso se expresaron actitudes de rechazo ante los efectos externos del tabaco, especialmente el olor del humo.

- *“Porque me molesta el humo, no porque yo sea una individua”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*
- *“Mis amigas me dicen, estás apestando, échate colonia”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*
- *“Cuando paso al lado de mi amiga me dice... ¡fuerte tufo a cigarros!”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*
- *“Me molesta el humo sobre todo cuando estoy comiendo. No soporto a nadie. No soporto que esté comiendo y que fumen a mi lado”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

En lo referente al alcohol, surgieron también actitudes de tolerancia hacia el consumo tanto en el discurso de los informantes bebedores como de los no bebedores.

- *“El grupo es muy abierto”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*
- *“Cada uno hace lo que le da la gana”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“En el grupo hay chicos que beben siempre, otros que solo a veces y los hay que no beben nunca. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

Sin embargo, esta tolerancia era más marcada entre los jóvenes no bebedores que aceptaban estar con amigos bebedores, aunque se sintieran presionados y rechazados por estos, en algunas ocasiones.

- *“Yo no soporto beber, pero para ellas es importante que les apoye, porque están empezando un nuevo mundo... ”. (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Mientras me deje a mí a mi bola, mientras me deje tranquilo y no me de problemas”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*
- *“El respeto es bueno”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- “No entienden el por qué ellos beben y tú no y te rechazan, te rechazan”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

Las participantes no bebedoras se mostraron intolerantes con su pareja, mientras que los varones decían ser más tolerantes.

- “Si está conmigo en una verbena o algo, no bebe. No lo dejo beber”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).

- “Si tú vez que se va a pasar, le dices: no, porque estás conmigo y me respetas”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).

- “Que tome una copita, nada más. Mientras no se lo prohíbas”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- **Motivaciones**

Los principales motivos para iniciar el consumo de tabaco entre todos los encuestados fueron el deseo de sentirse mayor, el hecho de que sus amigos fumaran y la curiosidad. Sin embargo se encontraron diferencias entre fumadores y no fumadores. Así, mientras que entre estos últimos predominaba como principal motivo la curiosidad, los primeros consideraban el deseo de sentirse mayor.

Tabla 34. Distribución de la población según los motivos para iniciar el consumo de tabaco por género

	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
	n = 1275	n = 629	n = 646	
Por curiosidad n (%)	268 (21,0)	119 (18,9)	149 (23,1)	0,067
Porque sus amigos fuman n (%)	326 (25,6)	152 (24,2)	174 (27,0)	0,244
Porque no se atreven a decir NO n (%)	64 (5,0)	36 (5,7)	28 (4,3)	0,256
Para sentirse mayor n (%)	479 (37,6)	265 (42,1)	214 (33,2)	0,001*
Para ser aceptado por el grupo n (%)	160 (12,6)	79 (12,6)	81 (12,6)	0,999
Porque lo prohíben en casa n (%)	17 (1,3)	7 (1,1)	10 (1,6)	0,496
Por llamar la atención n (%)	204(16,0)	108 (17,2)	96 (14,9)	0,266

*p < 0,05

Tabla 35. Distribución de la población según los motivos para iniciar el consumo de tabaco dependiendo de su condición de fumador

	Total n = 1275	Fumador n = 191	No fumador n = 1085	p-valor
Por curiosidad n (%)	266 (21,0)	79 (41,4)	187 (17,4)	0,000*
Porque sus amigos fuman n (%)	326 (25,6)	53 (27,7)	273 (25,4)	0,489
Porque no se atreven a decir NO n (%)	63 (5,0)	10 (5,2)	53 (4,9)	0,856
Para sentirse mayor n (%)	479 (37,8)	51 (26,7)	428 (39,7)	0,001*
Para ser aceptado por el grupo n (%)	157 (12,4)	21 (11,0)	136 (12,6)	0,528
Porque lo prohíben en casa n (%)	16 (1,3)	5 (2,6)	11 (1,0)	0,069
Por llamar la atención n (%)	204 (16,0)	25 (13,1)	179 (16,6)	0,221

*p < 0,001

A través de las entrevistas grupales, los jóvenes que no fumaban fueron muy tajantes al manifestar que no encontraban razones para iniciarse en el consumo de tabaco, argumentando sus efectos negativos.

- *“Yo creo que no aporta nada”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*
- *“Me resulta tan repugnante que no lo soporto”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*
- *“No le veo la razón para empezar a fumar”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

Al indagar sobre los motivos que determinan el inicio de consumo de tabaco, los discursos entre fumadores y no fumadores no fueron homogéneos. Los primeros alegaron razones tales como el estar con amigos o amigas que fumaban, el imitar a los miembros de la familia y la curiosidad. Algunos además, hicieron alusión a la chulería, el sentirse mayor y el evitar sentirse inferior.

- *“Yo empecé a fumar porque mis amigas fumaban y venga vamos a probarlo y tal..., para no ser menos que los demás. De probarlo, me quedé con él”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Antes, cuando paraba con la gente de Piedad, fumaba todo el mundo y te sientes inferior, siempre te afecta, tus amigos fuman... si yo no hubiera parado en el parque y hubiera tenido mi vida, sí... yo no hubiera fumado”.* (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

- *“Yo veo a mi madre que lleva 27 años fumando y yo decía, si está enganchada es porque es bueno y empecé yo a fumar”.* (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).

Sin embargo, entre los no fumadores destacó en todos los grupos la percepción de que el sentirse mayor era la principal razón que impulsaba a los jóvenes a comenzar a fumar; aunque además persistía la idea de la presión de los amigos y el ejemplo de la familia. Asimismo, algunos opinaron que los fumadores no tenían personalidad y que lo hacían para integrarse en los grupos.

- *“Te tratan como si tú fueras más pequeño que él y tú le dices ¿a dónde vas?”.* (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).

- *“Empiezan a fumar por hacerse los mayores, ellos se creen más inteligentes, más fuertes que nosotros”.* (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. No fumadores).

- *“Por fumar no encuentras a los amigos más interesantes, ni más divertidos, aunque ellos sí se lo creen”.* (P8. 2º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).

El tema de la prohibición de fumar fue abordado en múltiples ocasiones. Algunos jóvenes manifestaron tajantemente que obedecerían a sus padres, pero otros declaraban que el hecho de que se lo prohibieran sería el detonante para fumar.

- *“Para fastidiarlos a ellos, vas y dices, vamos a probarlo y tal”.* (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).

Por otro lado al estudiar los motivos para continuar el consumo de tabaco, se puso de manifiesto que la incapacidad para abandonar el mismo, fue el más señalado por los encuestados en general, y al comparar por género, más por las mujeres que por los varones.

Al analizar estas variables según su condición de fumador o no, se observaron algunas diferencias entre los mismos. Mientras que el deseo de sentirse mayor era una opinión más frecuente entre los no fumadores, el hecho de que les gustase, era el motivo más declarado entre los fumadores.

Tabla 36. Distribución de la población según los motivos para continuar con el consumo de tabaco por género

	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
	n = 1275	n = 629	n = 646	
Porque sus amigos fuman n (%)	224 (17,6)	118 (18,8)	106 (16,4)	0,276
Porque no se atreven a decir NO n (%)	80 (6,3)	45 (7,2)	35 (5,4)	0,206
Para sentirse mayor n (%)	231 (18,1)	138 (21,9)	93 (14,4)	0,000*
Para ser aceptado por el grupo n (%)	97 (7,6)	51 (8,1)	46 (7,1)	0,511
Porque lo prohíben en casa n (%)	10 (0,8)	6 (1,0)	4 (0,6)	0,501
Por llamar la atención n (%)	112(8,8)	63 (10,0)	49 (7,6)	0,127
Porque les gusta n (%)	220 (17,3)	100 (15,9)	120 (18,6)	0,201
Porque no pueden dejarlo n (%)	485 (38,1)	215 (34,2)	270 (41,9)	0,005*

*p < 0,05

Tabla 37. Distribución de la población según los motivos para continuar el consumo de tabaco dependiendo de su condición de fumador

	Total	Fumador	No fumador	p-valor
	n = 1275	n = 191	n = 1085	
Porque sus amigos fuman n (%)	222 (17,5)	23 (12,0)	199 (18,5)	0,222
Porque no se atreven a decir NO n (%)	80 (6,3)	13 (6,8)	67 (6,2)	0,762
Para sentirse mayor n (%)	231 (18,1)	22 (11,5)	209 (19,4)	0,009*
Para ser aceptado por el grupo n (%)	97 (7,6)	13 (6,8)	84 (7,8)	0,634
Porque lo prohíben en casa n (%)	9 (0,7)	1 (0,5)	8 (0,7)	0,739
Por llamar la atención n (%)	112 (8,8)	16 (8,4)	96 (8,9)	0,810
Porque les gusta n (%)	218 (17,2)	70 (36,6)	148 (13,7)	0,000*
Porque no pueden dejarlo n (%)	482 (38,0)	81 (42,4)	401 (37,3)	0,177

*p < 0,01

Sin embargo, en el discurso de los fumadores, el motivo para continuar fumando que más se repitió era el nerviosismo.

- *“Yo realmente fumo cuando estoy nerviosa y te puedo decir que en dos horas me fumo una caja”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*
- *“La gente empieza a ahogarte y no tienes con quien desahogarte sino con el cigarro”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*
- *“Yo creo que las mujeres tienden a fumar más que los hombres... Porque yo creo que las mujeres somos más nerviosas que ellos”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

Aunque expresaron que fumaban porque les gustaba, se observaron manifestaciones que denotaban dependencia.

- *“Si fumamos es porque nos gusta, aunque hay veces que fumo por fumar, estamos en algún sitio y ves a alguno encender el cigarro y ya vas tú. Pero es que a lo mejor ni te acuerdas, pero ves al otro...hay veces que fumas por fumar, no por necesidad”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*
- *“Y cuando lo vas a dejar no puedes, no te sientes capacitada”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

También, relacionaron el consumo de tabaco con el consumo de alcohol y con salir de fiesta.

- *“Siempre cuando bebo me gusta fumar, siempre cuando bebo, fumo el doble, siempre”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*
- *“Quieras o no, luego empiezas a salir, fumas cada vez más. Al final empiezas por fin de semana y acabas entre semana”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

Si muchos pensaban que fumar no facilitaba hacer amigos, algunas chicas argumentaban que se ligaba más.

- *“Bebiendo si haces más amigos, pero no fumando, no”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“En realidad sí, porque con el m., perdón por la palabra, de que fumas ¿tienes un cigarrito, tal, tienes fuego, tal? así normalmente, los pibes, si te ven fumando es lo primero que hacen para entablar conversación”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

Sin embargo, negaron abiertamente sentirse superiores a los demás, más seguros o más importantes. Aunque sus expresiones manifestaban en ocasiones lo contrario.

- *“Es que te dan más puntos, te da más puntos de felicidad de fumar que cuando no fumas. Cuando no fumas pasas inadvertido”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

El discurso fue diferente entre los no fumadores. De este modo, opinaban que los jóvenes que fumaban, lo hacían porque no tenían personalidad, para integrarse en un grupo o para sentirse superiores.

- *“Las típicas niñas de nuestra edad que fuman para creerse mayor”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Porque se creen que son mejores en las pandillas y luego no se paran a pensar...”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras)*

- *“Ellas piensan que fumando serán más aceptadas en las pandillas”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

- *“He llegado a fumar por querer ser igual que ellos. Me arrepiento porque después de eso tuve crisis de asma y estuve un mes ingresada”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

Respecto a la intención de abandonar el consumo de tabaco, el 73,2% de los jóvenes declararon su intención de dejar de fumar.

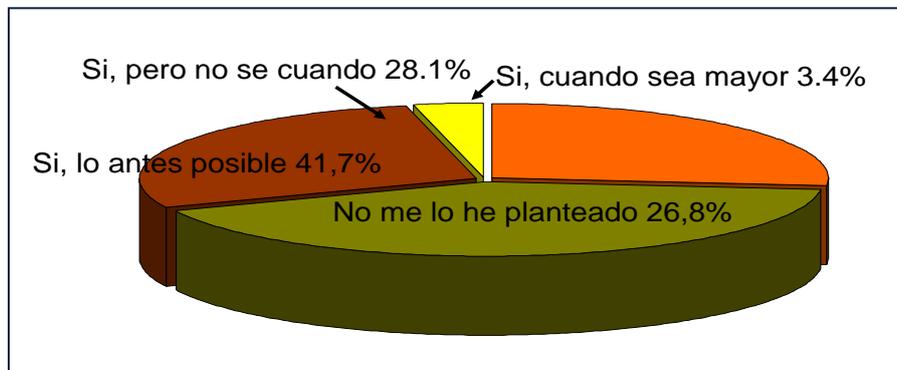


Figura 19. Distribución de la intención de abandonar el tabaco

La intención de abandonar el tabaco destacó en el discurso de todos los grupos de fumadores, aunque algunos expresaron su deseo de no hacerlo por ahora.

Prácticamente todos argumentaron que lo habían intentado y habían vuelto a fumar. Hubo unanimidad respecto a lo difícil que resultaba dicho proceso.

- “Yo lo quise dejar, estuve dos días y lo único que hacía era comer, te pones nerviosa”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

- “Yo lo he intentado un montón de veces, dejarlo, y a veces me fumo dos cigarros al día y me quedo asombrada cuando me fumo una caja todos los días.”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

- “Una vez estuve un mes sin fumar, pero fumé de nuevo... Me asfixiaba, yo tengo principio de asma y cuando me pongo mala de catarro, es cuando más me ataca, y yo sigo fumando y llega el momento que me costaba, mi madre tuvo que llevarme a urgencias, estuve sin fumar un mes”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

- “En verdad no salía de mi casa, pero empecé otra vez a parar con la gentuza ésta (risas) ¡venga una catada, no pasa nada!, una catada no pasa nada... vamos a echarnos un cigarrillo y tal y encima te invitan y encima te invitan... a lo mejor incluso a veces lo

dejamos entre todas. Vamos a dejar de fumar y tal, después nos ves a todas escondiéndonos la una de la otra.”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

Uno de los motivos que les dificultaba el abandono del hábito era la presencia de fumadores en su entorno. Sin embargo, otros adolescentes manifestaron que podían dejar de fumar cuando quisieran.

- “Otra cosa es que la sociedad está muy... y aunque lo quieras dejar de fumar, siempre lo ves, siempre lo ves, si no es en una esquina es en otra. Además, siempre lo tienes, entonces se te hace más difícil casi”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

- “Yo lo intenté dejar, pero, ¡qué va!. Después de estar todo el día con la gente al lado, la gente fuma y cuando te entra el mono, dices tú, chacho, tengo ganas de coger un cigarro, te lo fumas y ya está”. ”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

- “Porque si todos fuman y tu intentas dejar de fumar, se te van a ir los ojos, en cambio si todo el mundo deja de fumar y dices tú, vamos a dejar de fumar y nadie fuma, nadie saca un cigarro, para mí sería más fácil”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

- “Yo, por ejemplo, que fumo poco, cuando llegue al punto de que me doy cuenta de que estoy fumando demasiado, por ejemplo, una caja diaria, me plantearía dejarlo ya del todo”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).

- “No sé, yo sé que si me lo propongo dejarlo lo dejo, pero nunca me ha pasado nada para que tenga que proponérmelo”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

Todos los grupos argumentaron varios motivos para dejar de fumar entre los que destacaban aspectos como la aparición de síntomas, el daño a personas queridas de su entorno, la existencia de un embarazo, el que nadie fumara entre sus amigos o la motivación por un proyecto de futuro.

- *“Si no puedes respirar, tienes que dejar de fumar”*. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).

- *“Yo dejaría de fumar si veo a alguien cercano a mí, con problemas, que lo esté pasando mal esa persona porque me ve fumando”*. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).

- *“Por lo que te quieras dedicar en un futuro”*. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).

La información sobre las motivaciones de los jóvenes relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas se obtuvo únicamente a través de técnicas cualitativas.

Para los participantes el consejo argumentado de los padres sobre la conveniencia de no beber era suficiente para decidir no hacerlo. Sin embargo, expresaron que ante la prohibición, reaccionarían bebiendo.

- *“Es que si te dicen que no, más lo intentas hacer”*. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

- *“Yo que sé, a mi me gusta ser libre y si me imponen algo pues, no es que me vaya a emborrachar pero que me vieran bebiendo algo”*. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

- *“A mí me lo han prohibido y entre más me lo prohíben más sigo”*. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

Otros motivos expresados para no beber fue el tener que cuidar de los demás o el tener que conducir.

- *“Un montón de veces no bebes porque ves que ya los demás están pasado de rosca y dices tú, paso porque si no va a acabar esto hecho un cristo...”*. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

- *“Uno de los principales motivos por los que no conducen después de beber es porque tienen miedo a la Guardia Civil”*. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).

La curiosidad y la experimentación fueron los motivos de inicio que dominaban en el discurso de los bebedores, negando otras causas como sentirse interesantes, mayores o más seguros.

Sin embargo, los jóvenes no consumidores de alcohol consideraron que la falta de personalidad era el detonante del consumo y que bebían para sentirse mayores, seguros, superiores e integrarse en el grupo. Asimismo, consideraron como otros motivos de inicio, beber para olvidar, por tener problemas, o por estar prohibido.

- *“Por hacerse los más guay, el líder del grupo”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Te ayuda mucho, sí ayuda mucho lo que es el alcohol y mucha gente lo bebe por eso”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

De manera generalizada, reconocieron como motivo de inicio, la influencia del grupo que les rodeaba. Incluso algunas chicas no bebedoras estaban dispuestas a probar el alcohol si las invitara un chico que les gustase.

- *“Si yo estuviera un 90, un 100% de mi tiempo con ellos llegaría un momento en el que yo empezaría a fumar y a beber, a beber y a fumar con ellos.”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“La mayoría de la gente bebe alcohol para incluirse dentro de un grupo, al ver que esta persona no bebe alcohol y ver que todos los compañeros beben, en cierta manera se siente discriminado a los demás, de los demás. Entonces ¿qué hace?, bebe para que los demás lo acepten mejor”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“Te encuentras mal, a lo mejor porque tus amigos beben y para no ser el diferente, quieres beber también tú”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

Algunos argumentaron que el aburrimiento podría ser una de las causas del inicio del consumo.

- *“Yo creo que también podría ser una razón, pensándolo ahora, que la gente beba, porque no tiene otra cosa mejor que hacer... Y yo creo que si se promocionaran otras actividades para los jóvenes”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

Los informantes no bebedores percibían la insistencia y la presión de los amigos consumidores para que probasen las bebidas alcohólicas.

- *“A mí me invitan pero sí les rechazo; después siguen insistiendo, insistiendo. Me tuve que ir porque cuesta trabajo decir que no”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

- *“A mí incluso una vez me mezclaron bebidas. Yo me serví coca-cola, aparté un momento la vista y cuando miré, vi a un chico poniéndome ron en la bebida y yo me quedé sorprendido. Me enfadé con él, se fue y a partir de aquel día yo aprendí a coger el vaso y quedármelo”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

- *“Quieren que beba todo el mundo para que comprendan lo que ellos sienten o algo”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

- *“Para que seas igual que ellos”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

En general negaban la influencia de sus familiares como determinante para el inicio del consumo. No obstante, manifestaron cierta controversia al respecto.

Para los jóvenes bebedores, la diversión fue el principal motivo que declararon abiertamente para continuar consumiendo alcohol, reiterando en distintos momentos del discurso la asociación entre dicho consumo y la diversión. No obstante manifestaron en repetidas ocasiones la importancia de controlar la cantidad consumida para poder divertirse.

- *“Y a lo mejor tú no tienes ganas de beber, pero después te sientes como deprimida y estás ahí aguantando”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Hay gente que no bebe y está ahí amormada”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Y te quedas tú con las ganas de beber para estar cuidando a los demás ¿sabes? para salir así, no salgo”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Da un vacilón chachi si no te sube mucho”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Para divertirse, si controlas”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Lo importante es controlar la bebida y divertirse sin pasarse”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

También negaban que el consumo de bebidas alcohólicas propiciara hacer más amigos, pues si bien reconocían que durante las fiestas se relacionaban con más gente, al día siguiente no se acordaban de ello.

- *“Siempre está el típico gili... que se cree que por beber va a tener más amigos, vas a ser mejor... Bueno siempre puedes conocer a gente pero la cuestión es que si al día siguiente te acuerdas”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

Por el contrario, en el discurso de los jóvenes no bebedores, prácticamente no se mencionaba la diversión e insistían en que los adolescentes bebían porque se sentían superiores, interesantes, mayores y para integrarse en un grupo. Argumentaban también la necesidad de beber que suelen tener algunos chicos tímidos para poder hacer amigos, sin embargo, manifestaban que bebiendo no se crean amistades verdaderas.

- *“De vez en cuando mis amigas beben, todas menos yo. Para ellas es importante que les apoye porque para ellas están empezando un mundo un poco nuevo, empezar a beber y necesitan que las amigas le apoyen, entonces ven que la gente va con ellas y tal... Pero por otra parte pienso que cuando ellas están mal, en realidad no se van a apoyar en un compañero, que bebe también, van a ir al que no bebe, el que sabe y el que les puede ayudar”. (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Es que son amigos, pero... un conocido”. (P3. 1^{er} ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

- *“Incluso si estás bebido y haces amigos, probablemente harás menos amistad que con una persona que esté en otras condiciones”. (P4. 1^{er} ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

Estos participantes también relataron que los motivos que llevaban a los jóvenes a emborracharse eran los mismos que propiciaban el consumo de alcohol. Además, tanto bebedores como no bebedores expresaron que al emborracharse, hacían el ridículo y que normalmente, causaban problemas a sus parejas.

- *“Con la piba no te vas. A ti te gusta una piba y cuando estás consciente pues no te atreves a meterle; pero cuando estás borracho le metes a ella, a la otra y a la otra y a la otra, le metes a las cuatro, a ver si con alguna lo consigues”. (P17. 1^o Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

Consideraron que el ejemplo de los padres no les influía en el consumo de bebidas alcohólicas. Sin embargo, creían que la prohibición por parte de los mismos constituiría un motivo determinante para potenciar su consumo.

- *“Desde que tú le prohíbes algo a un chiquillo y más a un adolescente como nosotros... Si yo bebo y te enteras que bebo y me echas la bronca, nada más por fastidiar yo a mi padre y a mi madre, voy y bebo otra vez y ahora no se lo digo y hago que no se entere y el próximo día bebo más y para mis adentro me digo que se chinche, que se fastidie”. (P17. 1^o Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“A mí me lo han prohibido y entre más me lo prohíben más sigo”. (P10. 2^o ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

En lo referente a las intenciones para dejar de consumir alcohol o de emborracharse, destaca que el 75,4% de los bebedores no se ha planteado dejar de beber y el 57,9% dejar de emborracharse.

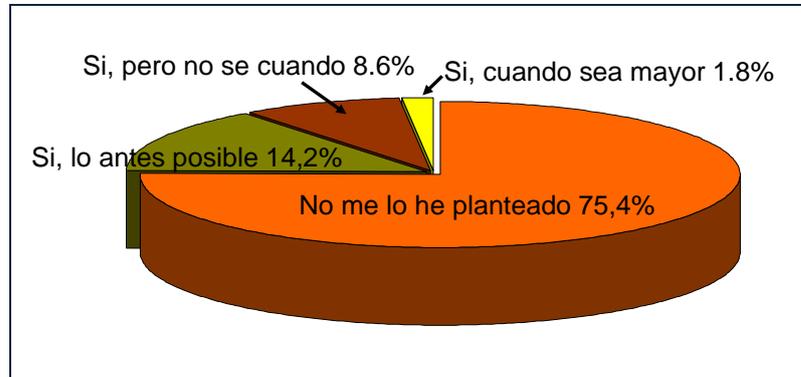


Figura 20. Distribución de la intención de abandonar el alcohol

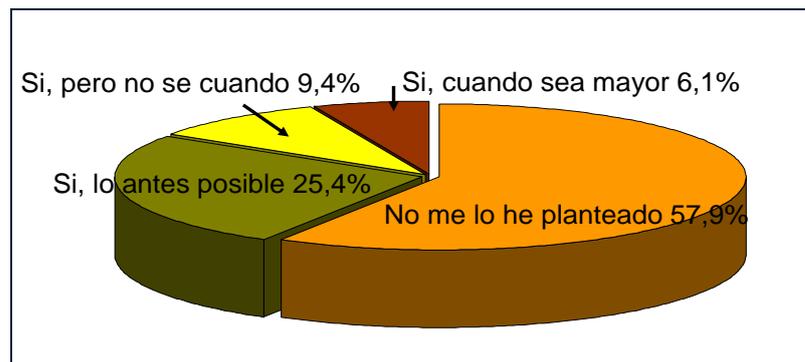


Figura 21. Distribución de la intención de abandonar la borrachera

Los informantes bebedores no mostraron intención de dejar de beber, debido a que no lo consideraban un problema. Mientras que las chicas opinaban que abandonar el consumo resultaría difícil, los chicos manifestaron que lo conseguirían si se lo propusiesen. Sin embargo, los informantes no bebedores creían que los bebedores no tenían intención de dejar de beber.

- "No, porque beber un par de copas los fines de semana no es un problema". (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).

- *“Dicen, ésta no me la cojo más nunca... y a la semana siguiente, lo ves igualito, igualito, igualito”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“En el futuro, lo primero que piensas es que cuando tengas 25 años lo dejaré, pero...”.* (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- *“Yo no lo dejaría, tampoco me paso”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

Los adolescentes creían que disponer de otro sistema de diversión constituiría el principal motivo de abandono del consumo. Concretamente, los chicos manifestaron que renunciarían a beber por el deporte. De manera generalizada solicitaron más ofertas de ocio.

- *“Si hubiese más entretenimiento o, bueno que llegues a un sitio y no te de tiempo. Sabes, que tuvieras más cosas que hacer sin pensar en la bebida ¿sabes?”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Si tú me llevas justo a las doce cuando está todo el ambiente, no bebo, me pongo a bailar allí que me vuelvo loca”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

La mayoría, renunciaría a beber por su pareja, pero no por su grupo de amigos, salvo si todos decidieran dejarlo.

- *“Sabes, yo soy una persona que bebía, a lo mejor al salir me bebía un cubata en un asadero, pero a él no le gusta porque dice que no me aporta nada y en verdad no aporta nada y ahora ya es que no bebo, no me gusta nada.”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Mi novio cuando empecé con él me dijo que si lo podría dejar y cogí y lo dejé.”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

“Haría lo que me apeteciera en ese momento”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).

- *“¿Por qué no? al menos es un beneficio para todos”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- **Capacidades**

Por último, se analizó la percepción de los jóvenes en relación a las capacidades que han desarrollado para hacer frente a aspectos relacionados con las conductas estudiadas, no apreciándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos géneros (tabla 38).

Tabla 38. Distribución de las capacidades percibidas relacionadas con el tabaco y el alcohol, según género

	Total n = 1275	Hombres n = 191	Mujeres n = 1085	P
<i>Rechazar la invitación de un cigarrillo n (%)</i>	101 (99,0)	54 (100,0)	47 (97,9)	0,286
<i>Rechazar la invitación a una copa n (%)</i>	94 (92,2)	48 (88,9)	46 (95,8)	0,193
<i>Decir a alguien que aquí está prohibido fumar n (%)</i>	81 (79,4)	40 (74,1)	41 (85,4)	0,157
<i>Decir a un amigo que no beba más n (%)</i>	97 (95,1)	51 (94,4)	46 (95,8)	0,746
<i>De comprar tabaco aunque no tengas la edad reglamentaria n (%)</i>	34 (33,3)	20 (37,0)	14 (29,2)	0,400
<i>De comprar bebidas aunque no tengas la edad reglamentaria n (%)</i>	50 (49,0)	27 (50,0)	23 (47,9)	0,834
<i>De pedir a alguien que no fume a tu lado n (%)</i>	93 (91,2)	50 (92,6)	43 (89,6)	0,593
<i>Estar al lado de alguien que fuma (%)</i>	1171 (93,7)	167 (90,8)	1004 (94,2)	0,078
<i>De negarte a subir a un coche en el que el conductor ha consumido alcohol n (%)</i>	1189 (95,0)	578 (94,1)	611 (95,8)	0,187

*p < 0,05

Al analizar el discurso de los grupos focales, en lo referente al tabaco, especialmente los jóvenes no fumadores manifestaron que serían capaces de pedir a su pareja que dejara de fumar. Algunas de las chicas expresaron que intentarían que ellos dejaran de fumar, pero siendo conscientes de lo difícil que era abandonar el tabaco, permanecerían con ellos si fracasaran en el intento; otras aseguraron que en ese caso, romperían con su pareja.

Respecto a la habilidad de hacer prevalecer la legislación, planteándose a los fumadores en los lugares en los que estuviese prohibido fumar, se sentían capacitados

dependiendo de la situación. De este modo, en el ascensor solicitarían que dejaran de fumar, sin embargo en el instituto no se atreverían a decírselo a los profesores fumadores. Se indignaban si otros no la respetaban y fumaban en lugares prohibidos. Algunos jóvenes, incluso fumadores, manifestaban ser capaces de pedir que dejaran de fumar, otros reconocían que les daría vergüenza y otros afirmaban que si no les molestaba el humo, no intervendrían.

- *“Yo le diría ¿usted no sabe que aquí no se puede fumar?”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Yo tengo cara para eso y para más, me pongo al lado de él y le digo, apaga el cigarro o me fumo un puro al lado tuyo”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“No es vergüenza, lo que a lo mejor te quedas un poco así por el jaleo que pueda formar él”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Te dan ganas de decirlo pero te callas para no quedar mal”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

Los jóvenes fumadores expresaron también que eran capaces de respetar la legislación y no fumar en los lugares prohibidos, excepto en el instituto.

- *“Cuando toca el timbre ya tengo el cigarro en la mano, bajo y me lo fumo, si saco la caja en el patio, me quedo sin caja, entro en clase, ya no tengo caja”. (P4. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Yo, en el instituto, cuando voy a fumar en el recreo, no puedo encender el cigarro si nadie está fumando, a lo mejor un profesor te va a coger. Tengo el presentimiento que si fumo yo sola te va a coger, pero si no hay nadie fumando, digo a alguien, enciende el cigarro y luego lo enciendo yo”. (P4. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

Las habilidades que los jóvenes creían poseer ante situaciones en donde se estuviese fumando en ambientes no regulados por la ley vigente, iban desde pedir que no se fumase hasta abandonar el lugar, pasando por tolerar dicha situación.

- *“Me molesta un poco, pero lo puedo soportar. No voy a decir que no”. ”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*
- *“Se lo digo”. (P7. 2º ciclo ESO. Género masculino. No fumadores).*
- *“Normalmente me aguanto”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

Al estudiar las habilidades de los informantes para beber o no beber en entornos contrarios al desarrollo de la conducta, se observó que muchos participantes manifestaron sentirse capaces de ser los únicos bebedores en ambientes de no bebedores. Sin embargo, entre los no bebedores la capacidad de mantenerse sin beber iba acompañada de sentimientos de superioridad o de incomodidad, los cuales se agudizaban ante las borracheras.

- *“Igual es un poco egoísta, pero me siento fuerte, porque no me estoy dejando vencer por lo que ellos hacen”. (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Yo me encontraba superior a ellos, porque ellos estaban tirados por los suelos, la moral la tenían abajo. Yo me sentía incómodo”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*
- *“Me siento incómodo, mucho”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*
- *“Si a lo mejor es la primera copa y están normal, no estoy incómodo, pero cuando se cogen la tranca, (ji, ji, ji)”... (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

Respecto a sus competencias para resistir la presión de los iguales, los jóvenes no bebedores se sentían capaces de rechazar las invitaciones de sus amigos para beber, cuestionándose por este hecho su amistad. Pero también reconocieron que era necesaria mucha fuerza de voluntad, que les resultaba difícil negarse y que se sentían incómodos. El hecho de ir acompañados por uno o varios amigos no bebedores les infundía fuerza para decir rotundamente que no.

- *“Si esa persona te invita a beber, muy amiga tuya no puede ser”. (P14. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“No sería tu amigo”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*
- *“Si eres tú solo, te cuesta mucho trabajo, si alguien te apoya diciendo que no bebe, te encuentras con más seguridad”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*
- *“Yo una vez, como estábamos todo el mundo junto, era una fiesta, entonces se atrevían a decir que no”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

En cuanto a las habilidades que utilizarían para negarse a beber, los jóvenes afirmaban que mostrarían radicalmente su negativa. No obstante otros serían más ambiguos.

- *“Dices no y punto”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Yo no bebo y ya está”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“No tengo ganas, ahora”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*
- *“Yo en cuanto al alcohol, yo pasaría del tema”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

Al analizar las capacidades que reconocían tener para pedir a las parejas que dejaran de beber, se apreciaron diferencias entre los discursos de los participantes bebedores según el género. Por un lado, las chicas no se sentían con el derecho a hacerlo y además tenían poca confianza en conseguirlo. Por otro lado, los chicos, dejaban patente que serían capaces de exigirles que dejaran de beber, siendo incluso un motivo de ruptura si se negaran a ello.

- *“¿Para qué si va a seguir bebiendo?”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Si bebo yo ¿cómo le voy a decir que deje de beber?”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*
- *“Yo la dejaría” (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*
- *“Le pediría que dejara de beber y me enfadaría si no lo hiciera” (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

Los jóvenes no bebedores, manifestaron que serían capaces de intentar pedir a sus parejas que dejaran de beber y ayudarles. No obstante si el consumo fuese excesivo, serían capaces de romper la relación, e incluso algunas chicas afirmaron que lo harían aunque el consumo fuese moderado.

- *“Le pediría que lo dejara porque es mejor para esa pareja el no beber, que vea que te interesas por lo que haga”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Si bebe todos los días la mandaría por ahí”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

- *“Yo le diría o la bebida o yo”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

Las habilidades para potenciar el cumplimiento de la ley en los lugares en los que no se puede beber fueron escasas. Tan solo las ejercerían si se tratara de sus amigos, argumentando que les intimidaba las posibles reacciones de los bebedores. Expresaron ser menos exigentes que respecto al tabaco, mostrándose en general indiferentes cuando se incumplía la ley, y actuando sólo si la situación les molestaba.

- *“Si es alguien que yo conozco, le digo, mira, aquí no se puede beber, pero si no lo conozco, allá él con lo que hace”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Si es un amigo, vale, pero a una persona desconocida, que no sabes cómo va a actuar...”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“Yo en cuanto al alcohol, yo pasaría del tema”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

En el discurso de los informantes se puso de manifiesto que creían que cada vez más jóvenes se negaban a conducir si bebían, sobre todo las chicas, argumentando como principal motivo, el miedo a la Guardia Civil. Si bien la percepción de los no bebedores era que dicha habilidad estaba muy poco desarrollada.

- *“Pero la mayoría piensan, total, ya queda poco, vas a seguir para delante”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Hay gente que bebe y luego coge el coche y han tenido accidentes. No les importa que lleven dentro del coche a otros”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*
- *“Hay muy pocos chicos que deciden no conducir porque están bebidos”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Algunos no quieren ir con tíos que han bebido”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*
- *“Todo el mundo piensa que a mí no me va a pasar nada y al final termina pasando ¿no?”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Hay gente que incluso dice, hoy no llevo el coche porque voy a beber”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*
- *“Prefiero que ella no beba para que luego lleve el coche o la moto”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

Al ser menores de edad, la mayoría de los informantes dependían de otros para que los llevaran en coche. Muchos declararon no subirse al coche de un conductor que hubiese consumido alcohol, pero otros manifestaron dejarse superar por la comodidad.

- *“Yo creo que las chicas, las más responsables, sí se lo piensan, pero hay muchas que nada más que pensar el no tener que coger un taxi o quedarte allí, pues vamos, y ya está”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- **Disponibilidad económica**

La disponibilidad de dinero semanal fue de menos de 12 euros para el 77,3% de los jóvenes, observándose diferencias significativas ($p < 0,005$) entre ambos géneros, con un mayor porcentaje de chicos con más de 12 euros a la semana.

En la siguiente tabla se puede observar que los fumadores y bebedores declararon disponer de mayor cantidad de dinero semanal.

Tabla 39. Distribución de la población según la disponibilidad de dinero dependiendo de la condición de fumador o bebedor

Condición de fumador	Total	Fumador	No fumador	p-valor
	n = 1275	n = 191	n = 1085	
Más de 12 euros semanales n (%)	288 (22,7)	70 (36,6)	218 (20,2)	0,000*

Condición de bebedor	Total	Bebedor	No bebedores	p-valor
	n = 1276	n = 590	N=686	
Más de 12 euros semanales n (%)	288 (22,7)	176 (29,8)	112 (16,5)	0,000*

*p < 0,01

Según los adolescentes entrevistados, la forma de obtener dinero era variada. Algunos recibían una paga, otros pedían dinero cuando lo necesitaban e incluso otros lo obtenían trabajando.

La percepción generalizada de los participantes de todos los grupos era que el dinero que manejaban les permitiría en el caso de que lo quisieran comprar tabaco.

Manifestaron también que los padres preferirían financiar la compra de los cigarrillos a que los estuviesen pidiendo a otras personas.

- “Porque mi padre, aunque no quiere que fume, prefiere él darme el dinero y que me compre yo mi propio cigarro a que esté pidiendo cigarrillos, a saber qué tienen los cigarrillos de los demás, eso siempre me lo ha dicho mi padre”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).

Asimismo, para rentabilizar su presupuesto, trataban de adquirir las marcas más económicas, citando como más baratas Coronas, seguida de LM y por último Camel o Marlboro.

Entre los participantes de los grupos que trabajaron el tema del alcohol, casi ninguno reconoció contar con asignación y solían pedir el dinero a sus padres cuando lo necesitaban. Si

bien los más jóvenes consideraban que no disponían del dinero necesario para comprar bebidas alcohólicas, los demás informantes afirmaban que tendrían suficiente.

- *“5 euros entre tres compañeros... Tres compañeros que reúnan 5 euros a la semana, pues tienen para cogerse una borrachera entre los tres”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“Cuando hacemos asaderos se reúne mucho dinero y se compra.”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- **Tiempo de ocio**

Según los informantes, los fines de semana lo dedicaban a estar con los amigos o con sus parejas.

- *“Siempre salgo con él, no lo puedo meter a él con mis amigas, cuando salgo con mi novio, salgo con mi novio, cuando salgo con mis amigas, salgo con mis amigas”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

Un lugar común de encuentro para los adolescentes de todas las edades era el parque de Arucas.

- *“En el parque también salimos. Un montón de gente. Depende del día, va por días. Por ejemplo, los viernes todo el mundo sale al parque de abajo. Depende de tu grupo de amistades. Pero los viernes normalmente es eso y el sábado es más bien salir a Las Palmas. Y los domingos si puedes salir bien, y si tienes que estudiar a estudiar”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

Los participantes más jóvenes manifestaban dedicar este tiempo a actividades deportivas, ir al cine, pasear por el parque, jugar en el ordenador, leer o jugar en la casa de otros amigos. Por otro lado, los jóvenes de bachillerato intentaban buscar el ocio fuera del municipio, en asaderos, centros comerciales, zona sur de la isla o discotecas, reduciendo de este modo, el tiempo para el deporte. No obstante los varones de bachillerato de los grupos

de alcohol refirieron practicar en su tiempo de ocio deporte, y las chicas, baile. Entre semana solían conectarse a las redes sociales.

- *“Mi novio dice que cómo puedo desde que entro hasta que salgo estar bailando. Yo sí.”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Yo sí, los fines de semana, jugar un partido en la cancha de cualquier sitio, nos ponemos a jugar al fútbol”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“Yo de noche no suelo salir mucho, aparte porque no es una cosa que me apasione estar saliendo por la noche... Voy al cine, o voy a la playa o a comer por ahí”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Salimos de noche, a las 12 o 12.30. Y siempre mi madre sabe dónde voy. Y mi madre sabe, por ejemplo, que yo no bebo”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

Los informantes declararon que su tiempo libre lo pasaban principalmente con sus amigos, considerando como tales a los de su mismo barrio y no a los compañeros de clase.

- **Propuestas**

En este apartado se hace referencia a posibles acciones para llevar a cabo sobre los factores individuales con el fin de no iniciar o abandonar el consumo de estas sustancias.

Entre las mismas, los escolares de manera generalizada hicieron alusión a la importancia de seleccionar el tipo de amistades que debían tener, evitando a los grupos de fumadores.

- *“Entretenerlos con algo y apartarlos de las amistades que les influye”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Una amiga estaba en un grupo y como todo el mundo fumaba, lo probé y fumó. Estábamos bailando un día y la profesora de baile dijo ¡aquí huele a humo!, y dijo que era ella”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Que cambiara de grupo, nuevas amistades, que se quede solo aunque llore dos meses”. (P2. 1^{er} ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

El consejo dirigido a los fumadores para ayudarles a abandonar dicho hábito lo concretaban en disminuir el síndrome de abstinencia mediante el consumo de caramelos, chicles de nicotina, parches, u ocupar el tiempo al máximo, pero tenían muy presente el alto índice de fracaso.

Respecto al consumo de alcohol consideraron relevante controlar las salidas de los más pequeños, sugiriendo también que las experiencias negativas como las borracheras podrían determinar el abandono del consumo. Casi todos los participantes percibían que su credibilidad para influir en sus amigos respecto a este tema, era escasa o nula, lo que veían como una barrera para convencer a estos para que dejaran de beber. Además lo consideraban más difícil que conseguir que dejaran de fumar.

- *“Yo creo que si a esa edad se cogen una buena borrachera y se ven mal, yo creo que lo dejan, que no lo intentan más...”. (P18. 1^o Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Creo que no me haría caso”. (P18. 1^o Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“Lo más seguro es que no te van a hacer caso”. (P18. 1^o Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

Si bien se mostraron escépticos ante la existencia de actividades de ocio sin alcohol, sugirieron algunas alternativas libres del mismo.

- *“La gente busca, lo que buscamos nosotros estar en un sitio sentado allí, hablando con los amigos, si venden por ejemplo refresco, bocadillos, tú vas y te compras tu bocadillo y tu refresco y te pones a hablar y te pueden dar las tantas hablando allí”. (P17. 1^o Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- “Yo creo que tiene que ser todo tipo de deporte”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- “El día de la cabalgata, fuimos a la cabalgata, salimos del parque y la música era una pasada de mala, la peor música del mundo, de los años 60 y la gente bailando, pero el parque estaba lleno, lleno de gente, con solo haber música, ya la gente va”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- “¿Algún lugar en el que no se beba? Es una idea bastante difícil”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

4.1.2.2. Factores microsociales

Los resultados que se incluyen en este apartado proceden de la información aportada por los escolares, los docentes y los sanitarios.

- **Patrón de consumo en el entorno**

En la siguiente tabla se muestra la percepción que los jóvenes encuestados tenían sobre el consumo de tabaco y alcohol por parte de las personas de su entorno más cercano. Se aprecia que la mitad de los adolescentes refirió que sus amigos consumían tabaco y más de la mitad que tomaban alcohol.

Tabla 40. Distribución de la población según el consumo de tabaco y alcohol en su entorno.

	Consumo tabaco entorno n = 1275	Consumo alcohol entorno n = 1276
Padre n (%)	551 (43,5)	783 (61,9)
Madre n (%)	465 (36,7)	392 (30,9)
Hermanos n (%)	226 (17,8)	317 (25,1)
Amigos n (%)	633 (49,9)	713 (56,4)
Compañeros n (%)	577 (45,5)	560 (44,3)
Profesores n (%)	506 (39,9)	257 (20,3)

Al analizar el consumo de tabaco en el entorno de la población de estudio según ésta fumase o no, se observó que la presencia de personas fumadoras en el mismo fue siempre

superior en el caso de los adolescentes consumidores de tabaco. Sin embargo, en lo referente al alcohol, sólo se apreciaron diferencias entre bebedores y no bebedores con respecto al consumo por parte de las personas de su misma generación, siendo más frecuente entre los adolescentes bebedores.

Tabla 41. Distribución de la población según el consumo de tabaco en su entorno dependiendo de su condición de fumador

	Total n = 1275	Fumador n = 191	No fumador n = 1085	p-valor
Padre fumador n (%)	551 (43,5)	101 (52,9)	450 (41,8)	0,004*
Madre fumadora n (%)	465 (36,7)	90 (47,1)	375 (34,8)	0,001*
Hermanos fumadores n (%)	226 (17,8)	66 (34,6)	160 (14,8)	0,000*
Amigos fumadores n (%)	633 (49,9)	159 (83,2)	474 (44,0)	0,000*
Compañeros fumadores n (%)	577 (45,5)	119 (62,3)	458 (42,5)	0,000*
Profesores fumadores n (%)	506 (39,9)	89 (46,6)	417 (38,7)	0,040*

*p < 0,05

Tabla 42. Distribución de la población según el consumo de alcohol en su entorno dependiendo de su condición de bebedor

	Total n = 1275	Bebedor n = 590	No bebedores N=686	p-valor
Padre bebedor n (%)	783 (61,9)	381 (64,6)	402 (59,6)	0,072
Madre bebedora n (%)	392 (30,9)	191 (32,4)	199 (29,6)	0,282
Hermanos bebedores n (%)	317 (25,1)	202 (34,2)	115 (17,1)	0,000*
Amigos bebedores n (%)	713 (56,4)	465 (78,8)	248 (36,8)	0,000*
Compañeros bebedores n (%)	560 (44,3)	354 (60,0)	206 (30,6)	0,000*
Profesores bebedores n (%)	257 (20,3)	130 (22,0)	127 (18,8)	0,160

*p < 0,05

Los jóvenes no fumadores de los grupos focales no obstante, tenían la percepción de que había más fumadores entre los compañeros del instituto que entre sus amigos del barrio.

- *“Sí pero en el instituto hay de todo, tú vas por ahí y ves un montón de gente fumando, fuman la mayoría”. (P1. 1^{er} ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*
- *“Hay más niños que fuman en el instituto que en mi barrio. (P1. 1^{er} ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*
- *“De mis amigos nadie fuma”. (P1. 1^{er} ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

Entre los profesores entrevistados existía la percepción extendida de que el número de compañeros fumadores había disminuido, manifestando muchos de ellos ser exfumadores.

En el momento del trabajo de campo, cada instituto disponía de lugares habilitados para que los profesores pudieran fumar, intentando no estar a la vista de los estudiantes. Así en el IES Arucas-Domingo Rivero eran los aparcamientos y la trasera del centro, en el IES Bañaderos algunas zonas de los departamentos y en el IES Santiago Santana, un espacio anexo a la sala de profesores. Algunos expresaron ser fumadores pasivos en el trabajo, y si podían evitaban los lugares donde los compañeros fumaban sin hacer prevalecer sus derechos a un espacio libre de humo, derecho que sí exigían fuera del centro escolar.

Los informantes adolescentes identificaban a los profesores fumadores por el olor a tabaco cuando entraban en clase, y al observarlos fumando en la sala de profesores. Sus expresiones no verbales pusieron de manifiesto que esto era frecuente. La percepción sobre el número de profesores fumadores era relativa, dependiendo del instituto y del curso académico.

- *“En la nuestra está un poquito más escondida pero si te asomas para preguntar por un profesor se ve todo”. (P16. 1^o Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*
- *“Conocemos quiénes son los que fuman”. (P16. 1^o Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*
- *“Las humaredas...”. (P13. 1^o Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

Respecto al entorno familiar, los jóvenes informantes reconocían que alguno de sus padres fumaba. Describían situaciones de intento repetido de abandono del tabaco, situaciones de éxito y situaciones de fracaso.

- *“En mi casa fuman mi padre y mi madre, pero mi madre lo dejó y ahora fuma a escondidas”.* (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).

- *“Fuman los dos, en mi casa mi padre lo dejó un año y después volvió otra vez”.* (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).

El patrón de consumo de los sanitarios de la zona básica de Arucas fue descrito a través de su propio discurso. A través del mismo expresaron su condición de no fumador o de fumador ocasional, declarando estos últimos hacerlo solo los fines de semana y en cantidades inferiores a cinco cigarrillos al día.

- *“Soy fumadora social, lo típico, cuando sales, que beber algo y coger un cigarro en la mano. No soy fumadora”.* (P17. Enfermera. Género femenino).

En el centro de salud se permitía que los trabajadores del mismo fumaran solo en la sala de descanso. La mayoría de los no fumadores veían positivo la limitación del consumo a dicho espacio y el respeto a la misma. Al igual que los docentes, aceptaban ser fumadores pasivos en el trabajo, aunque manifestaron que fuera de este ámbito defendían sus derechos a un espacio libre de humo.

- *“Compañeros que fumen, yo los dejo que fumen. En mi casa no dejo que fume nadie y en mi coche no dejo que fume nadie”.* (P23. Enfermera. Género masculino).

Respecto al consumo de alcohol en el entorno, los adolescentes participantes de los grupos focales, hicieron referencia a la generalidad del consumo en su entorno de iguales.

- *“Yo cuando salgo, veo a todo el mundo con la copa en la mano”.* (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

- *“Siempre que se reúne un grupo, siempre hay bebidas por medio”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

Desconocían si los profesores consumían alcohol pues tan solo habían observado a algunos de ellos en fiestas fuera del colegio.

Respecto al entorno familiar, describieron un consumo moderado entre sus padres, hermanos y abuelos, y excepcionalmente el consumo excesivo de algún padre.

- *“Mi madre bebe en un asadero y en cinco no, paso de ella. Pero mi padre, cuando empieza con los hermanos a hablar y tal... y sentado..., ahí paliqueando y se lo bebe ahí seco”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- **Presión del entorno sobre los jóvenes para el inicio del consumo de tabaco y alcohol**

Mientras que la primera invitación a fumar procedía en un 45% del grupo de iguales, destacó que la primera invitación a consumir alcohol partió en un 14,8% de los casos, del entorno familiar. Los encuestados declararon que en el 79,5% de las fiestas familiares se consumía alcohol y el 55,6% manifestó que sus padres sabían que bebían.

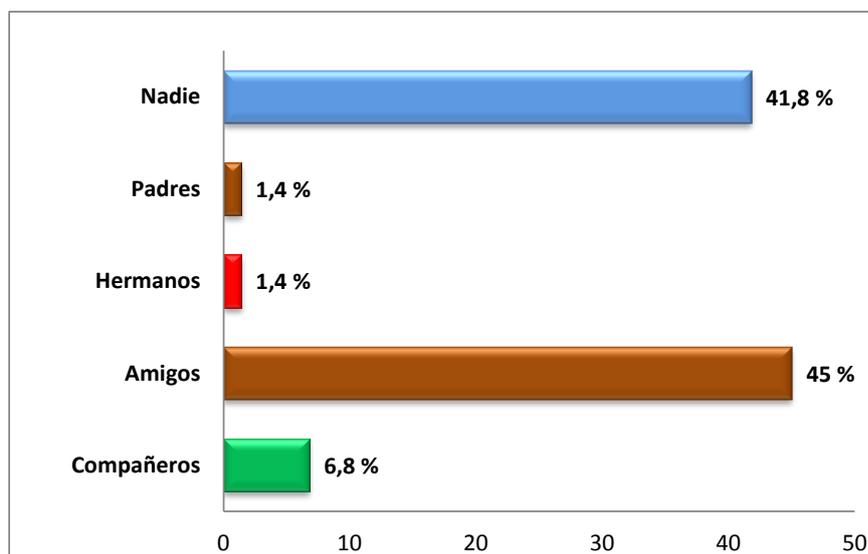


Figura 22. Distribución de las personas responsables de la primera invitación a fumar

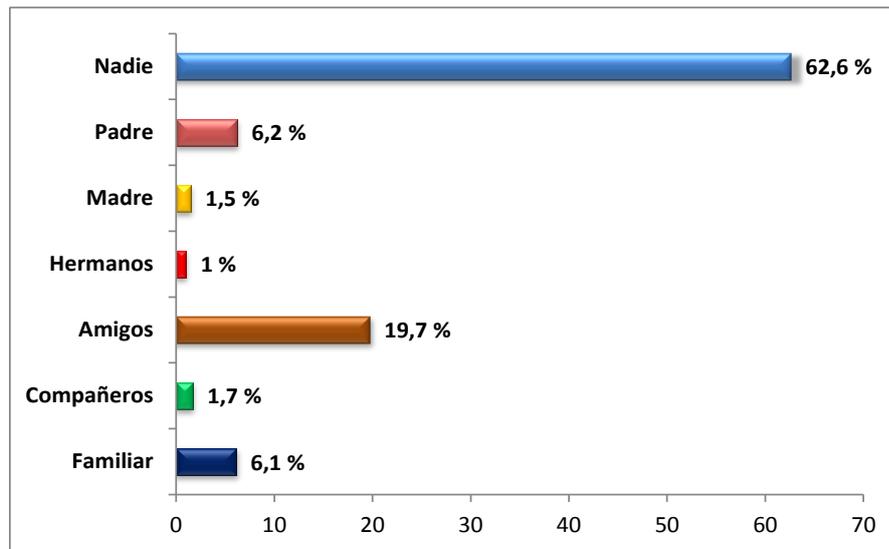


Figura 23. Distribución de las personas responsables de la primera invitación a beber

Los jóvenes argumentaron que se habían visto inmersos frecuentemente en situaciones en las que habían sido invitados a fumar, y como se comentó en el apartado de capacidades manifestaron tener diferentes habilidades, que iban desde atreverse a decir claramente que no fumaban, hasta enmascarar su negativa de diversas maneras.

- “No, ahora no”. (P7. 2º ciclo ESO. Género masculino. No fumadores).
- “Lo cojo y después lo tiro”. (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. No fumadores).
- “Algunos son unos ca... a lo mejor lo cogería y luego haría con él lo que quisiera, mientras que otros que no tienen vergüenza les diría que no”. (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. No fumadores).

- **Permisividad del entorno microsociaI ante el consumo de tabaco y alcohol de los jóvenes**

De manera generalizada, los adolescentes manifestaron la ausencia de una prohibición radical por parte de los padres. Los jóvenes percibían que aproximadamente un 15% de los padres eran permisivos con el tabaco, especialmente con las chicas, y un 28% con el consumo de alcohol.

Los no fumadores percibían que sus padres se oponían a que ellos se iniciasen en este hábito, manifestándoselos directa e indirectamente. No obstante refirieron una cierta permisividad en el caso de que lo hicieran.

- *“Me dicen que no pruebe nunca eso, porque después empiezo con uno, después con otro, el otro y después me engancho”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“Me dicen, ¡yoos!, mira esa, ahí, que está desde por la mañana con el cigarro en la mano, o mírala a ella, ya está con el cigarro pegada. No me lo dicen directamente pero ya me está diciendo que no lo haga”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Mi madre me lo dio a probar y todo. Tú pruébalo para que veas lo que es. Me asfixié más...”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Mi hermano quería probarlo y mi madre le dijo, anda pruébalo... Él lo probó y me dijo, tú no lo hagas”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Yo no fumo, pero dicen que si fumo les gustaría que se lo dijeran”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

Los fumadores también creían que a sus padres no les gustaría que fumaran, reconociendo que en su caso, casi todos los padres sabían que lo hacían. Sin embargo, pensaban que la mayoría de los padres de otros fumadores lo desconocían.

Consideraban que las madres eran las primeras que tenían conocimiento del hábito de sus hijos y que eran las más permisivas, ocultándose en muchas ocasiones esta situación al padre. Eran pocos los jóvenes que reconocían fumar delante de sus padres, especialmente ante el padre.

- *“Mi padre no lo sabe, mi madre sí. Al principio se lo tomaba a mal, pero tiene confianza en mí, nunca le he dado problemas, es una cosa, como yo le digo, tienes confianza en mí, no es nada malo... Es una época y... en realidad yo los entiendo, pero tampoco me sacan mucho el tema, yo intento respetarlos a ellos, que no me vean cigarros”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“Mi padre sabe que fumo, pero que no me vea con un cigarro en la mano”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Me dijo, a mí no me da igual, prefiero que no fumes, pero si fumas delante mía estoy seguro de que vas a fumar menos, porque cuando fumas a escondidas estás fumando más”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Ahora que tengo permiso fumo más. Ella no me dio permiso, me invitó ella a un cigarro”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

Manifestaron que si bien muchas familias tenían por norma no dejar fumar dentro de las casas, en otras cuyos padres eran fumadores, estaba permitido.

El discurso de los adolescentes mostró la creencia de que los profesores velaban por el cumplimiento de la legislación en el instituto. Sin embargo, en algunas ocasiones expresaron que si éstos eran fumadores les permitían fumar.

- *“En el nuestro no se puede fumar, pero el profesor se pone en la parte en que nosotros nos ponemos, arriba hay un balcón, pues allí se ponen los profesores a fumar. No pueden fumar ni profesores ni alumnos, los profesores miran para abajo y nos ven fumando pero no nos dicen nada”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

Por otro lado, los docentes entrevistados mencionaron la prohibición de fumar en el centro a los menores de edad. En el caso de que se observara a algún alumno fumando, se comunicaba telefónicamente a sus padres, estableciendo algunas sanciones ante este hecho. Así, los profesores del IES Bañaderos elaboraron una normativa interna mediante la cual se emitía un parte al estudiante por fumar en el centro y en el caso de que reincidiera se le abría un expediente.

- *“Se mandó una niña a la casa que tenía un expediente abierto, que si se le cogía con una falta nueva se iba a la casa 5 días, se le cogió fumando y se fue a la casa 5 días”. (P33. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).*

No obstante, declararon la existencia de lugares en los que el consumo de tabaco estaba permitido a los estudiantes mayores de edad.

Los profesores mostraron una actitud permisiva generalizada ante el consumo de tabaco por parte de sus compañeros, expresando su tolerancia con los profesores fumadores dentro del centro educativo.

“Bueno, te voy a dejar, porque creo que bueno, tiene esa ansiedad y esa historia y se lo están pasando mal”. (P29. Docente. Inglés. Género femenino).

En esta misma línea, consideraban difícil declarar los centros educativos como centros libre de humos, a pesar de que a algunos les gustaría.

- *“No soy de los que digo aquí no se puede fumar pero me gustaría que no se fumara. Lo que no se puede hacer es, a partir del día tal día no se fuma porque entonces eso va a suponer...” (P29. Docente. Inglés. Género femenino).*

- *“Es complicado. Porque aquí hay profesores que tienen mono...” (P33. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).*

- *“Lo que pasa es que esto es cuestión de hábitos y de cultura y todo esto lleva tiempo y no se puede decir de la noche a la mañana ¡un centro libre de humos!” (P35. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).*

- *“Tendría que ser normativo porque siempre habrá una o dos personas que querrán mantener el...” (P34. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).*

Al igual que los docentes, los profesionales sanitarios mostraron en su discurso cierta tolerancia al consumo de tabaco por parte de sus compañeros y opinaban de forma generalizada la imposibilidad de conseguir declarar su centro de trabajo como un espacio libre de humos

- *“El respeto al igual sería si yo estoy, no fumar. Pero igual mi respeto sería que si tampoco tenemos un lugar para ellos y para nosotros, quizás respetar un poco a ellos ¿no? Y si a lo mejor está fumando empezaría por no entrar, hay que entenderlos a los fumadores”. (P19. Enfermera. Género femenino).*

- *“No sé, yo lo veo un poco como ciencia ficción, sí, porque, bueno yo nunca he sido fumadora, no lo soy ni nunca lo he sido, pero es como muy difícil el dejar de fumar”.* (P24. Enfermera. Género femenino).

- *“Me sería muy fácil decir que me parece genial, pero creo que sería más fácil crear espacios específicos para fumadores. Yo creo que no se podrá conseguir, sinceramente... Me parece un palazo, es que mientras no se supere el problema me parece hasta cruel”.* (P21. Enfermera. Género femenino).

- *“Lo que pasa es que si se hiciera bien, lo que pasa es que es muy difícil entre tanta gente que...”.* (P26. Médico. Género masculino).

Respecto a la permisividad con el alcohol, los jóvenes percibían que a sus padres no les gustaba que bebiesen o lo hiciesen en el futuro, incluso algunos se lo prohibían. No obstante, los participantes pensaban que algunos padres se veían obligados a ser permisivos en este tema.

- *“Toda la vida me ha dicho que no, y a veces me la encuentro por ahí... Mamá yo no te voy a decir mentiras yo sé que a tí no te gusta, ¿pero qué quieres? Por mucho que tú me digas que tal... Mi madre lo sabe, lo que pasa es que no quiere... Y fijo me ve”.* (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

- *“Y me coge 20 veces, 20 veces que me va a decir que no, y ella lo sabe, por mucho que me diga...”.* (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

- *“Fue a buscarme demasiado temprano a la verbena y me vio así. ¿qué pasa tal?, No me pasa. ¿Qué me va a pasar? No me dicen nada, ellos lo que dicen es que tenga cuidado con lo que haga ¿sabes? que eso es malo en verdad. ”.* (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

Según los informantes varones bebedores, sus padres les permitían consumir alcohol, preocupándoles tan sólo la cantidad y el tipo de bebida. Este mismo discurso se repitió entre las chicas bebedoras respecto a sus madres.

- *“Yo creo que tus padres te dejan beber si tienes moderación, creo yo, si te controlas, si tienes confianza, sabes, que no lo haces excesivamente y sabes que no te emborrachas los fines de semana.”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“Mis padres no es que no me dejen pero son más exagerados, cuando llevo dos cubatas me están llamando borracho”. ”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Yo probé la bebida con mi padre y mi padre me dijo una cosa bien clara, antes de que tu bebas por ahí y te cojas una borrachera por ahí, cógela delante mía, para saber yo lo que tengo en casa... Y yo con eso estoy consciente, yo empecé por la cerveza y probé la cerveza delante de él y el primer cubata que me eché me lo eché delante de él. Y ahora, yo al lado de él me siento a gusto tomándome una copa, al lado de mi padre”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- *“Mi padre se trae un cubata y me trae otro a mí, pero no me deja beber más de dos”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

Conocedores de la escasa permisividad por parte de sus padres ante el consumo excesivo, declararon que empleaban estrategias para que estos no se enteraran. Reconocían además que los padres de sus amigas solían ser más permisivos con ellas.

- *“Los fines de semana vivo con mi abuela y las vacaciones. Llego los fines de semana a las tantas de la mañana peo y subo las escolares para arriba y nadie se entera que llego peo a mi casa”. ”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Cuando tienes la pea, los padres se enfadan o cuando sabes que te vas a coger la pea y dices, mamá me voy a quedar en casa de tal”. ”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“Normalmente cuando me quedo en casa de una amiga, con las madres me llevo igual que con mis amigas, que todo es lo mismo, yo hablo tanto como con la hija, que me comporto igual con las dos, y yo digo, voy a desparramarme porque hoy no me quedo en mi casa”. ”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“La madre de ella como que la deja y tal, como que pasa de ella, no es como la mía. Y le digo, me voy a quedar allí, a lo mejor vemos unas películas y luego nos vamos por allí. Pero siempre me ve alguien. Ya me tiene más trincada, ya mi madre no me deja ya”. ”.* (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

El discurso de los jóvenes no bebedores fue más contundente en cuanto a la percepción de la falta de permisividad de sus padres con respecto al consumo de alcohol. Los jóvenes de bachillerato expresaron algunas manifestaciones de permiso en celebraciones especiales.

Todos los informantes aludieron a la prohibición, percibiendo que la misma incitaba a consumir. Pero todas las manifestaciones en este sentido se realizaron en tercera persona.

- *“Hay algunos padres que lo prohíben, lo que es prohibir y eso es lo peor ahí. Desde que tu le prohíbes algo a un chiquillo y más a un adolescente como nosotros... Si yo bebo y te enteras que bebo y me echas la bronca, nada más por fastidiar yo a mi padre o a mi madre, voy y bebo otra vez, y ahora no se lo digo y hago que no se entere y el próximo día que se chinche, que se fastidie.”.* (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

Por otro lado, los profesores entrevistados declararon que en las fiestas de los institutos se controlaba la introducción de bebidas alcohólicas.

- *“En el instituto está prohibido entrar bebidas con alcohol. Incluso cuando han hecho alguna fiesta, me pongo en la puerta, revisando que las botellas de refresco estén selladas, sin abrir y que no se entre nada. Pero eso es a primera hora de la mañana y revisando bolsa por bolsa”.* (P31. Docente. Inglés. Género femenino).

- **Creencias de los profesionales del entorno ante el consumo de alcohol y tabaco de los jóvenes**

El discurso de los profesores mostró la creencia generalizada de que en la actualidad existía un menor número de jóvenes fumadores. Asimismo consideraban que este hábito había aumentado entre las chicas, aunque no creían que existiesen diferencias entre ambos géneros. Para los informantes el consumo de tabaco se iniciaba a edades más tempranas, situándolo en el primer ciclo de la ESO, coincidiendo con el paso del centro de primaria al instituto.

Pensaban que los estudiantes fumaban cigarrillos sueltos, así como que el consumo de tabaco dentro del instituto era poco frecuente, limitándose a hacerlo a escondidas en el baño y en el recreo. En general no asociaban este hábito con los alumnos conflictivos pero sí con los que presentaban fracaso escolar.

- *“A la mayoría de los alumnos yo no los veo fumar. Están escondidos por los rincones, normalmente no están a la vista de los profesores”. (P33. Docente. Ciencias Naturales. Género).*

- *“Yo he quitado cigarros a algún alumno que he visto fumando en el pasillo exterior, y lo que más me preocupa es que ahora se encierran en los baños a fumar. Por eso, en los recreos, tenemos que estar pendientes, los profesores de guardia se pasan y tienen que sacarlos. En el edificio anexo hemos tenido que cerrar los baños en el recreo porque es donde se metían a fumar”. (P31. Docente. Inglés. Género femenino).*

- *“Son de cigarrillos sueltos... de a lo mejor comprar entre varios una cajetilla”. (P36. Docente. Lengua. Género femenino).*

- *“Los que están en Garantía Social, esos fuman casi todos”. (P33. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).*

- *“Es que los chavales, al venir al instituto tan pequeños, están copiando las malas costumbres de los mayores”. (P30. Docente. Inglés. Género masculino).*

Los profesores mencionaron el consumo actual de sustancias ilegales, como el cannabis, considerándolo un problema más importante que el consumo de tabaco.

Por otro lado, y en términos generales los profesionales sanitarios percibían que entre los jóvenes había muchos fumadores y que además su consumo era elevado. Al igual que los docentes destacaron el aumento de chicas fumadoras y el descenso en la edad de inicio hasta los 12 y 13 años, coincidiendo con el cambio de centro de primaria al instituto. Suponían que el consumo de tabaco por parte de los jóvenes se producía entre clase y clase, en el recreo y en las salidas nocturnas.

- *“Fuimos a dar una charla sobre tabaco, precisamente al instituto Domingo Rivero y justo era... ¿alguien tiene un mechero? Y todo el mundo ahí... entonces te quedas un poco...”*. (P24. Enfermera. Género femenino).

- *“Adolescentes que fuman hay mucho más que antes, sobre todo niñas”*. (P27. Médico. Género masculino).

- *“Yo creo que a los 12 o 13 años, edad de probar”*. (P18. Enfermera. Género masculino)

- *“Con el paquete en la mano a los 15 y 16”*. (P17. Enfermera. Género femenino).

- *“Justo cuando salen del ambiente de colegio, y empiezan ya en el instituto, a relacionarse con gente... pues ahí es cuando empieza el hábito”*. (P23. Enfermera. Género masculino).

En algunos de los discursos relacionaron la pertenencia o no a los grupos en función de la existencia o no de consumo de tabaco.

- *“Siempre el adolescente tiene que hay alguno que marca un poquito las pautas del... y si ese fuma, los demás suelen terminar por fumar y luego el que no fuma, se ven como bichos raros, parece que no... pero en realidad yo me he dado cuenta que hay gente que no fuma y luego ellos mismos se van a... se van asociando”*. (P20. Enfermera. Género masculino).

Los profesionales sanitarios no relacionaron el consumo de tabaco con el de otras sustancias ilegales como el cannabis.

Las creencias de los profesores relacionadas con el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, no estaban tan definidas al tratarse de una conducta no desarrollada en el centro educativo. Casi todos los informantes creían que su consumo se limitaba a algunos fines de semana y a las fiestas, y que el mismo era moderado, por lo que no percibían riesgo alguno. Situaban el inicio entre 3º y 4º de la ESO, asociándolo a que a esas edades comenzaban a salir a fiestas y discotecas. Los profesores entrevistados atribuyeron un mayor consumo a los estudiantes del IES Arucas-Domingo Rivero e IES Santiago Santana, por ser institutos más urbanos.

- “Yo creo que se inician en 2º y luego ya en 3º y 4º yo creo que ya sí, son niños más de ir de verbena, de discoteca, de llegar tarde y de organizar sus fiestas”. (P36. Docente. Lengua. Género femenino.).

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, el discurso de los profesionales sanitarios mostró desconocimiento acerca de su prevalencia en los jóvenes. Argumentaron que la dificultad para identificar este hábito entre los mismos se debía por un lado, a la escasa asistencia de estos a las consultas, por otro a la falta de abordaje de este tema cuando acudían, y por último a la creencia de que los jóvenes tendían a ocultar e infravalorar sus pautas de consumo cuando les preguntaban acerca de las mismas.

- “No tengo una visión de cuál es el consumo de alcohol... y no creo que sirva de muestra la gente que me ha llegado a consulta”. (P20. Enfermera. Género masculino).

- “Cuando le haces la historia a un adolescente, yo creo que muchas veces nos engañan”. (P17. Enfermera. Género femenino).

- “Casi siempre si vienen con los familiares, no te dicen la verdad, con lo cual... Muchas veces no lo pregunto por eso, porque muchas veces es la madre la que te dice: no, no fuma, no, no bebe. Si luego vienen solos y te vienen por cuestiones de dolor en el pecho, taquicardias... entonces entro en el tema y sobre todo trato de hacer hincapié en todos los perjuicios que trae el tabaco, el alcohol...”. (P26. Médico. Género femenino).

No obstante opinaban que eran muchos los jóvenes que consumían bebidas alcohólicas, y que era más frecuente entre los varones. Situaban la edad de inicio entre los 14 y 15 años, condicionada al comienzo de las salidas los fines de semana y a las fiestas.

- *“Yo creo que ahí se mantiene, a los 14-15 años, como edad de la primera cerveza”.*
(P18. Enfermera. Género masculino).

El discurso puso de manifiesto la creencia de que el consumo entre los adolescentes era moderado, entre 2 y 3 copas. Percibían que muchos jóvenes bebían todos los fines de semana y otros lo hacían esporádicamente en las fiestas populares. Respecto a las borracheras, los informantes mostraron diferentes posturas, mientras que para unos seguían siendo un tema preocupante, para otros habían disminuidos.

Según los sanitarios entrevistados los jóvenes adquirirían el alcohol a través de la compra en común de las bebidas, para el posterior consumo en reuniones de amigos o en el exterior de los locales o fiestas a las que acudían. Asimismo sugirieron que en el interior de las mismas consumían otro tipo de drogas. Resaltaron la amplia oferta de bebidas alcohólicas existente en el entorno de ocio de los adolescentes. Algunos profesionales creían que los jóvenes se iniciaban en el consumo con la cerveza, pasando a continuación al cubata, mientras que las chicas bebían licor de menta, Malibú, o vodka.

- *“El consumo es más moderado, ya no se ven tantos procesos etílicos o borracheras como se veían antes en la gente joven”.* (P18. Enfermera. Género masculino).

- *“Son más los que beben alcohol, borracheras sólo alguno que otro, pero no creo que sea de borracheras”.* (P22. Enfermera. Género femenino).

- *“Terrible, ¡¡bufff!!!, es una cosa... y sobre todo cuando se reúnen y tal el tema de las litronas... fuera hay un montón de botellones, de forma que ya se lo han bebido antes de entrar, entonces lo que consumen dentro, probablemente no sea alcohol, probablemente sean pastillas”.* (P25. Médico. Género masculino).

- *“Unas grandes borracheras no, pero que se han cogido sus borracheras, si y luego hacen un consumo habitual de tres o cuatro cubatas. Ellos me dicen eso”.* (P22. Enfermera. Género femenino).

- *“La cantidad de kioscos de alcohol que hay en los festivales, una cosa brutal ¿no?”.*
(P25. Médico. Género masculino).

- **Actitudes, barreras y propuestas ante las acciones educativas del entorno escolar**

En primer lugar se expone la información procedente de los discursos de los docentes y los estudiantes.

Los informantes docentes pusieron de manifiesto que la obligatoriedad de la enseñanza secundaria facilitaba la posibilidad de establecer acciones educativas, aunque en aquel momento en los institutos de Arucas no se estuviesen tratando estos temas.

Casi todos los participantes opinaban que el tabaco y el alcohol podrían ser abordados a través de las tutorías, para las que contaban con una hora semanal, y cuyo contenido era establecido por el equipo educativo de los centros. Proponían acciones que comenzaran en el primer ciclo de la ESO, continuando en el segundo.

Sin embargo todos los informantes adolescentes coincidían en que estas acciones deberían comenzar desde primaria y ser realizadas por jóvenes de 18 años.

Los docentes reconocieron haber trabajado a través de las tutorías además de otros temas relacionados con la salud, como las drogas ilegales o el uso de anticonceptivos, el consumo de tabaco y alcohol. No obstante pusieron de manifiesto que despertaban poco interés, con excepción de los hábitos sexuales, ya que los estudiantes creían disponer de los conocimientos suficientes.

- *“No suele ser demandado por ellos y a la edad en que están, bueno otra vez la misma cantinela, ya yo me lo sé, yo ya sé todo lo que hay que saberse, yo ya sé que el tabaco es malo, yo ya sé que anticonceptivos es esto y lo otro. Y no le suelen poner más... parece que les agobia más de la cuenta, cuando al final no saben nada”. (P29. Docente. Inglés. Género femenino).*

- *“Ellos te piden hablar de sexo, por ejemplo, a ver si me entiendes... eso sí... pero alcohol y tabaco no te lo plantean como un tema que a ellos les interese demasiado”. (P36. Docente. Lengua. Género femenino).*

Mientras que algunos adolescentes no recordaban haber trabajado el tema del tabaco en el instituto, otros mencionaban haberlo debatido en las tutorías y abordarlo en las clases de ciencias naturales mediante un trabajo, y referían que algunos años se había tratado el tabaco y otros la sexualidad u otras drogas. También reconocían acciones indirectas relacionadas con el tabaco, como cuestionarios o la exposición de carteles. Principalmente se desarrollaban durante los cursos de 3º y 4º de la ESO.

- *“Siempre mandaban el típico trabajo de ciencias sobre las enfermedades que causaban y eso...”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Yo no me acuerdo”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

- *“A mí no”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Nunca”. (P7. 2º ciclo ESO. Género masculino. No fumadores).*

- *“Cuando fueron a poner la zona de fumadores estuvieron diciendo y poniendo cosas de esas por ahí, del tabaco y todo eso”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

- *“El año pasado me pasaron una encuesta sobre si fumaba o no”. (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

No obstante coincidían en que se deberían realizar más acciones educativas en este campo y en que estarían dispuestos a participar en las mismas, incluso los fumadores. Si bien preferirían que éstas se desarrollaran en horario de clase, estarían dispuestos a quedarse por la tarde si el proyecto fuera interesante. Refirieron que podrían participar haciendo carteles, dibujos, redacciones o videos

- *“Si el proyecto que tú nos presentas a nosotros me atrae, no me importa que esté en el instituto hasta las 5, las 6 de la tarde o donde sea. Si me atrae, si me atrae, si yo veo que me la voy a comer... entonces no”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

En lo referente al alcohol, muchos informantes no recordaban haber trabajado estos temas en clase; no obstante tras los comentarios de algunos compañeros hicieron memoria y refirieron principalmente algunas charlas impartidas en tutoría.

- *“Dieron una charla y la otra mitad un debate. En 4º, este año”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

Al igual que en los grupos de tabaco, estos participantes también declararon estar dispuestos a colaborar en actividades educativas dirigidas a este tema, preferentemente en horario de clase.

- *“Preparando cosas. ¡Claro!”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“¡Con tal de no ir a clase!”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

Por otro lado los docentes mencionaron la posibilidad del tratamiento transversal de estos temas, a través de las diferentes asignaturas. En este caso, la incorporación de los mismos dependía de los departamentos que semanalmente organizaban el programa, valorando la evolución de las materias implicadas y marcando líneas comunes.

Según su opinión el desarrollo de la transversalidad desde las diversas áreas estaba condicionado a la motivación del profesor y al curriculum concreto de cada una de ellas. Así plantearon la posibilidad de abordarlo desde las ciencias naturales, sobre todo en 3º y 4º de la ESO. De igual modo, en inglés y lengua se utilizaban entre otros, textos sobre alcohol y tabaco dirigidos a la comprensión lectora, tras lo cual se originaba un debate.

- *“Sobre todo cuando trabajamos temas del aparato digestivo, hablamos de lo que es la cirrosis hepática, sobre todo esas cosas así”. “Todo lo que sea el sistema respiratorio se puede abordar con el humo del tabaco sin ningún problema”. (P35. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).*

Si bien para algunos participantes el tiempo no constituía un problema para el desarrollo de la transversalidad, ya que implicaba unos 10-15 minutos de clase, otros manifestaron que el número de estudiantes y el denso programa no permitía su puesta en práctica.

- *“En muchas ocasiones el curriculum lo llevamos muy ajustado y tienes que atender a la diversidad de alumnos que tienes...”*. (P31. Docente. Inglés. Género femenino).

Una de las barreras percibidas para planificar el tratamiento transversal de estos temas, fue la dificultad para la coordinación entre profesores de distintos departamentos, así como la ausencia de horario asignado para la misma.

Otros obstáculos planteados por los informantes para llevar a cabo acciones educativas desde el centro, fueron por un lado la ausencia del tratamiento de estos hábitos en los libros de textos y por otro la falta de recursos didácticos, destacando la necesidad de recurrir a internet en su tiempo libre para obtener estos últimos.

Consideraban positivo la posibilidad de disponer de una guía didáctica como recurso educativo.

- *“Claro, si tuviese esas cosas, pues muchísimo mejor”*. (P33. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).

Para trabajar los recursos educativos sugieren hacerlo desde los departamentos. La mayoría de las reuniones de los departamentos están llenas de contenido, bien con información del jefe de departamento sobre decisiones tomadas por la CCP o realizando una valoración de la evolución de la asignatura. Pero en muchas ocasiones se finaliza antes de la hora y se podría utilizar para una búsqueda de información.

- *“Que de las horas que hay planificadas para la reunión de departamento se tuviera un número de horas a lo largo del curso para dedicarla a estas cosas”*. (P35. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).

Aunque los informantes pusieron de manifiesto tener suficiente formación en tabaco y alcohol, valoraban de manera positiva la formación continuada, pero durante la jornada laboral. No obstante señalaron su incapacidad para motivar a los jóvenes, como uno de sus problemas.

- *“En principio yo pienso que me encuentro bien, pero eso no excluye posibles puestas al día, continuamente. Siempre es bueno conocer nuevos enfoques, nuevas pautas de conducta...”*. (P35. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).

Pusieron de manifiesto que la motivación del profesorado era determinante para trabajar estos temas con los adolescentes.

- *“El profesor que está motivado y que está interesado en tocar el tema, siempre que se moleste un poco lo puede hacer”*. (P35. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).

- *“Yo como profesional, me lleva mi motivación interior, en mi trabajo diario con los chicos ¿me entiendes?”*. (P35. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).

Para algunos la principal motivación era su vocación educadora, y conseguir poder llegar a fomentar hábitos saludables entre los estudiantes.

- *“Me interesa sacar resultados, obtener resultados en algo que se pueda aplicar en clase”*. (P35. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).

- *“A mí lo que me interesa es poder llegar a los alumnos y que eso les pueda servir a ellos ¿no? como me sirve a mí en mi trabajo”*. (P34. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).

Los profesores consideraban que la incorporación de personal externo al instituto aumentaría la motivación de los estudiantes, rechazando actividades centradas en la teoría y proponiendo actividades prácticas, vídeos o experiencias personales.

- *“Yo creo que es más eficaz que venga gente de fuera. Normalmente están mejor preparados en ese tema, tienen actividades más concretas y a lo mejor para introducir el tema es bueno, o sea, como punto de partida, porque sobretodo suele haber una falta de conexión entre el centro y el mundo exterior”*. (P34. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).

- *“Sí, si es más, los alumnos les despierta más porque siempre que eres el mismo profesor, que le de otra charla de otra cosa, dices tú, pues bueno”. (P29. Docente. Inglés. Género femenino).*

- *“Si vieran un vídeo, sería mejor y dentro de ese vídeo que los alumnos tengan una serie de preguntas que vayan contestando a medida...”. (P33. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).*

- *“Faltan lecturas apropiadas, vídeos que ellos vean, algún tipo de películas, que a ellos les...”. (P36. Docente. Lengua. Género femenino).*

En esta línea los escolares proponían utilizar el estímulo del miedo mediante imágenes impactantes, experiencias de personas enfermas o visitas a un hospital.

- *“Hay que asustarlos, igual que se les da caña con lo del sida, darles a entender que no es bueno coger un cigarro”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Fotos de un pulmón o cortarte el brazo o el pié”. ”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

Otras ideas propuestas fueron la organización de campañas con lemas que llevaran mensajes, Vive sano, Reafírmate en el no fumar, así como las actividades deportivas. Sin embargo, algunos se mostraron escépticos ante la utilidad de estas actividades.

- *“Yo es que no sé, es que yo a veces pienso que en realidad no te va a servir de mucho. Porque la persona por mucho que tú le digas no fumes, no fumes, en realidad está pasando de ti olímpicamente, te lo está demostrando día a día”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Yo creo que muy poco, porque hay niños que no van a hacer caso. Tú le das una lección y no lo entienden, no les entra, le entra por un oído y les sale por otro”. (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

Asimismo los estudiantes consideraban que se debía insistir en los efectos perjudiciales del tabaco y en la idea de que fumar no aportaba nada, empleando para ello el relato de las experiencias vividas. En el discurso de los fumadores destacó el valor que le daban a no iniciarse en el consumo y a utilizar su historia de dependencia como ejemplo.

- *“Empieza por la bobería, yo si pudiera darle consejo a la gente esa, lo ves ahora, lo que estoy pasando yo que ya no puedes hacer deporte, ya no es lo mismo”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Le diría que no lo cojan, ni lo prueben”. (P14. 1º Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

- *“Le contaría mi historia, le contaría que no le da nada, ni le hace más, ni le hace menos. Que es un vicio, como todo y que los vicios nunca acaban bien. Le contaría mi historia, casi”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

Los jóvenes participantes en los grupos de alcohol rechazaron la inclusión de mensajes prohibitivos en el tema del consumo de bebidas alcohólicas. Sin embargo los no bebedores propusieron diversas estrategias tales como acciones basadas en mostrar las desventajas del alcohol, principalmente llevadas a cabo por personas significativas para ellos. Por otro lado los bebedores centraron el mensaje a transmitir en la recomendación de un consumo moderado y en la puesta en práctica de alternativas para no beber en exceso.

- *“Pero tienes que hacer que le llegue, sino le llega, pues no le aportas nada”. (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Tiene que ser una persona que confía en ti, que te aprecie”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

El discurso de estos grupos también puso de manifiesto que preferían las actividades participativas realizadas por personas jóvenes como ellos y que hubieran padecido las consecuencias del consumo de alcohol, o educadores que generaran en ellos confianza y credibilidad, así como el uso de imágenes impactantes.

- *“Un alcohólico que lo haya superado. Un joven que venga y te diga esto y aquello y piensas ¡Es un joven y mira lo que ha hecho!”. (P4. 1^{er} ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- *“Prefiero charla de diálogos donde cada uno pueda dar su opinión. Vídeos para ver cómo la gente se va deteriorando”. (P4. 1^{er} ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

Para los profesores era importante el ejemplo como acción educativa, insistiendo en la influencia que para este grupo de edad tenían los modelos de conducta negativos.

- *“Hay profesores que fuman y yo por el cargo que tuve, pues algunas quejas venían por ahí, decían, si el profesor fuma ¿por qué no puedo fumar yo? En este sentido si puede ser una referencia el que no te vean”. (P34. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).*

- *“Hombre, yo creo que sí, yo creo que sí, porque de hecho si les prohibimos a ellos que fumen y luego nos ven fumar y dirán: pues mira...No tiene ninguna gracia que me prohíbas a mí lo que luego haces tú”. (P36. Docente. Lengua. Género femenino).*

Los adolescentes también reconocieron este aspecto en su discurso al manifestar la indignación que les causaba ver a profesores fumando en el centro. Si bien expresaban que estos no eran personas importantes de su entorno, les exigían su responsabilidad como educadores.

- *“¿Sabes lo que me molesta a mí? bueno, un profesor, supuestamente te está enseñando educación y quieras o no, tú te vas quedando con la movida, si este tío fuma, este tío supuestamente tiene que darte a ti las normas como que tienes que llevar una vida sana”. (P13. 1^o Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“En mi instituto los profesores que no te vean con un cigarro en la mano porque te mandan a apagarlo, pero después los ves a ellos en la sala de profesores”. (P14. 1^o Bachillerato. Género femenino. Fumadoras).*

Otras acciones educativas aludidas fueron las realizadas por el IES Arucas-Domingo Rivero en el marco de su pertenencia a la Red de Escuelas Promotoras de Salud. Los profesores del centro expresaron no obstante que la filosofía de la misma no había trascendido de forma importante a la totalidad del instituto, estando implicados únicamente dos profesores y un grupo de estudiantes. Por otro lado, desde dicho instituto se inició un proyecto de salud, consistente en la recogida a través de un buzón, de sugerencias y dudas, así como la utilización de un tablón para exponer las respuestas. En dicho proyecto el protagonismo y la responsabilidad de los estudiantes eran altos.

Algunos profesionales sanitarios manifestaron la escasa trascendencia de este tipo de intervenciones.

- “Se vio con lo del tabaco. Un buzón y se pone y ya se está haciendo algo, pero luego, después ellos quieren la varita mágica.... Yo en el tiempo que llevo aquí no ha venido ninguno a preguntarme. Igual le das folletos pero no lo leen”. (P22. Enfermera. Género femenino).

El estudio de la implicación de agentes externos al centro en las acciones educativas contempló la participación en las mismas de las familias, los sanitarios y otras instituciones. Esta información fue obtenida a partir de los discursos de los adolescentes, los docentes y los sanitarios.

La escasa participación de las familias, especialmente de aquellas cuyos hijos presentaban problemas, fue un tema aludido por todos los docentes en su discurso.

Para fomentar la implicación familiar el IES Arucas-Domingo Rivero puso incluso en marcha una escuela de padres o de familias, en turno de tarde, refiriendo igualmente la baja asistencia.

- “Eso es lo más que hemos conseguido, un club de lectura, el tema de habilidades y tal, entonces 4 o 5 padres en una media de 400 padres, o sea, que estamos hablando de ese número, a lo mejor consigues un día con buena suerte y moviéndote mucho 20 padres. Pero no es fácil”. (P29. Docente. Inglés. Género femenino).

- *“Trabajamos con la familia de 1º de la ESO, al ser niños que acaban de llegar al centro. Vinieron del centro de salud a dar charlas sobre alimentación, de cómo tienen que venir alimentados... Vienen pocos, con 15 que vengan ya podemos hacer algo”. (P30. Docente. Inglés. Género femenino).*

En el discurso de los jóvenes participantes en los grupos de alcohol se puso de manifiesto, no obstante que en el ambiente familiar se habían tratado los posibles efectos del consumo de alcohol.

- *“Por ejemplo, cuando estamos en medio de la comida, con amigos, empieza a hablar de lo bueno y lo malo que es beber”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

- *“Eso seguro que es cuando piensan que puedes desviarte del camino, cuando tienen miedo”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

Algunos docentes destacaron la importancia del trabajo conjunto entre los profesionales de los centros educativos y del centro de salud.

- *“Que es bueno que vengan especialistas y que antes de darles la charla, información a los padres, se pasen por el centro e intercambien puntos de vista para ver el enfoque que se puede hacer”. (P35. Docente. Ciencias naturales. Género masculino).*

- *“Y a lo mejor para introducir el tema es bueno, o sea, como punto de partida, porque sobretodo suele haber una falta de conexión entre el centro y el mundo exterior”. (P34. Docente. Ciencias Naturales. Género masculino).*

Manifestaron haber colaborado con los sanitarios del centro de salud de la zona. No obstante dicha colaboración fue percibida de modo diferente por los profesores de los distintos institutos. Algunos recordaron haber solicitado su participación para impartir charlas sobre anorexia y bulimia, resultando la experiencia satisfactoria. Otros hicieron referencia a las antiguas campañas de vacunación y a las revisiones odontológicas.

No obstante, como inconveniente aludieron al abuso de tecnicismos y a la falta de experiencia docente de algunos sanitarios en sus intervenciones.

- *“Depende, porque también hay veces que el profesional que viene es médico y no ha cogido una tiza y entonces se le nota y hay veces que los niños salen despistados porque no se adaptan bien al nivel”.* (P29. Docente. Inglés. Género femenino).

Asimismo el discurso de los sanitarios puso de manifiesto la necesidad de establecer acciones educativas a través de los institutos, declarando que las realizadas hasta ese momento habían sido llevadas a cabo casi exclusivamente por el personal de enfermería.

- *“Yo creo que es necesario trabajar con los jóvenes solos, porque aquí no llegan prácticamente ninguno”.* (P20. Enfermera. Género masculino).

- *“De aquí para atrás la mejor predisposición para estos temas siempre la da más enfermería”.* (P18. Enfermera. Género masculino).

- *“Los médicos están muy absorbidos por su consulta...”.* (P21. Enfermera. Género femenino).

- *“Por el trajín que nos lleva la consulta, las actividades de educación sanitaria las tenemos un poquito abandonadas, que sería también función del centro de salud, pero la presión asistencial se lo come todo”.* (P27. Médico. Género masculino).

- *“Eso lo hacen los ATS porque tienen unas consultas muy cómodas que no es una crítica, todo lo contrario, sí a mí me gustaría llegar a eso”.* (P25. Médico. Género masculino).

La relación entre el centro de atención primaria y los centros escolares se establecía mediante la asignación de los mismos a los diferentes profesionales del equipo de salud. No obstante estos reconocieron haber participado en pocas ocasiones.

- *“Yo tengo asignado La Salle, pero en los 10 años que yo estoy habré ido tres veces”.* (P27. Médico. Género masculino).

- *“Es que a todos los enfermeros nos han asignado unos colegios”.* (P22. Enfermera. Género femenino).

Las escasas intervenciones educativas que declararon haber realizado, se llevaron a cabo únicamente en el IES Arucas-Domingo Rivero, y consistieron en charlas sobre el tabaco, reconociendo todos los entrevistados, no haber abordado el alcohol en ninguna ocasión. Algún informante propuso la posibilidad de invitar a los adolescentes al centro de salud para aclarar dudas relacionadas con las charlas impartidas.

Refirieron la existencia de una mayor demanda para estas acciones por parte de los colegios de primaria.

- *“De cara a adolescentes, intervenciones, mmmm, ... porque luego ha habido intervenciones pero creo que no, que como no tienen continuidad sino es el día del tabaco, vamos y damos una charla de tabaco, para mí son... son intervenciones que bueno, sí que sirven pero... no tienen una continuidad, no ha habido una planificación de la intervención, no ha habido una evaluación de cuál ha sido los resultados de la intervención, entonces...”*. (P20. Enfermera. Género masculino).

- *“Hemos propuesto una serie de temas que nosotros nos preparamos para dar y también los profesores pueden darnos opciones que ellos crean necesarias”*. (P21. Enfermera. Género femenino).

- *“El día que es la campaña del tabaco, una charla ahí, el tema del sida, temas así muy puntuales y siempre coincidiendo con el día de tal y de cual”*. (P20. Enfermera. Género masculino).

- *“El tema del alcohol, como no hay día del alcohol”*. (P20. Enfermera. Género masculino).

Algunos sanitarios entrevistados proponían la realización de un proyecto continuado en el tiempo y posteriormente evaluado conjuntamente con los docentes.

- *“Hacer un proyecto, qué es lo que se pretende, no sólo objetivos a los que se quiere llegar, poner un plan de actuación con los profesores, qué es lo que se quiere trabajar y cuándo”*. (P17. Enfermera. Género femenino).

- *“Es que es la única manera científica de saber si eso tiene efecto, lo demás es actuar un poco de buena voluntad y de buena voluntad no funciona el mundo”*. (P27. Médico. Género masculino).

- *“Tiene que ser que nosotros vayamos al centro, que sean semanas en las que esté implicado tanto el centro como el centro de salud, o sea, que el centro da apoyo al profesorado, más que campañas específicas”. (P28. Médico. Género masculino).*

- *“Es muy interdisciplinar y eso y ellos igual están más formados por el tipo de formación que a lo mejor a ellos le dieron que la mía, más hacia la docencia... que nosotros tenemos a lo mejor los conocimientos biomédicos para darlos, entonces necesitamos conjuntarnos”. (P19. Enfermera. Género femenino).*

- *“Que no te vean como a un extraño, porque las veces que hemos ido, así de forma esporádica es como “viene esta a darnos una charla, vamos a perder la clase” y ya no te hacen ni caso. Entonces es un poquito ir creciendo con ellos y que te vean como a alguien más de su entorno”. (P24. Enfermera. Género femenino).*

Las acciones educativas con los docentes se pueden realizar desde tutorías.

Por último los estudiantes participantes en los grupos focales también hicieron mención a la participación de los sanitarios del centro de salud, abordando temas como las drogas y el sida.

- *“Fueron a mi instituto y dieron una charla, no me acuerdo si fue de alcohol o de drogas”. (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).*

- **Actitudes, barreras y propuestas ante las acciones educativas del entorno sanitario**

En este apartado se hace referencia a las acciones educativas llevadas a cabo en el centro de salud.

En el discurso de los profesionales sanitarios subyacía la idea de que su contacto con los jóvenes se establecía principalmente a través de la consulta médica. Este hecho fue percibido como una dificultad para emprender acciones educativas con los mismos, ya que eran pocos los adolescentes que requerían sus servicios. La expresión *“llegan muy pocos”* se repitió en todas las entrevistas realizadas.

- *“He tenido gente joven en consulta que me ha llegado por problemas de hipertensión”. (P19. Enfermera. Género femenino).*

- *“Es que la media de edad de mi consulta, es como la de todo el mundo, bastante mayor”. (P19. Enfermera. Género femenino).*

- *“Vienen poco por el centro de salud porque no pasan por este momento de tener...”. (P25. Médico. Género masculino).*

- *“Vienen menos porque es una cosa que está más aceptada y al estar más aceptada si el niño se fue de verbena o hizo una fiesta con los amigos, para los padres suele ser normal que beban, estamos hablando a partir de los 15 o 16 años. Y como todavía en esa época no hay casos de alcoholismo crónico está como más...”. (P27. Médico. Género masculino).*

Los profesionales sanitarios, especialmente los de enfermería habían trabajado estos temas con los adolescentes en sus consultas mediante la realización de entrevistas oportunistas y el posterior consejo educativo. Percibían que si bien la información obtenida sobre las pautas de consumo de tabaco era fiable, esto no ocurría en el caso del consumo de bebidas alcohólicas.

- *“Vienen a la revisión de 14 años pues hablamos todos los temas ¿no?... y al tener al lado a tu padre o un familiar pues eso te da lugar a que no hables con toda claridad, le doy la opción de volver otro día vale? Pero no vuelven”. (P19. Enfermera. Género femenino).*

En las consultas, los jóvenes solían venir acompañados normalmente por su madre y los profesionales sanitarios referían lo difícil que era trabajar conjuntamente con ellos.

- *“El chico se corta muchísimo y ella empieza a contar su versión del niño... llegar, llego poco”. (P23. Enfermera. Género femenino).*

- *“Tienes primero que educar a los padres, porque muchas veces el problema del niño no es el niño”. (P26. Médico. Género femenino).*

Uno de los informantes sugirió la realización de un seguimiento a todo joven que hubiese pasado por un cuadro etílico o borrachera.

- *“Lo derivé al Negrín y entonces me llaman a las dos horas ¿qué para qué le había mandado aquel chico? Porque ya se estaba recuperando y no sé qué... bueno, porque yo creo que a lo mejor habría que hacerle un seguimiento, entonces muchas veces tampoco existe el apoyo ese”. (P26. Médico. Género femenino).*

Expresaron que mientras que los jóvenes solicitaban en ocasiones consejo sobre temas como la anticoncepción o los embarazos no deseados, no realizaban ningún tipo de consulta acerca del tabaco o del alcohol. Percibían que los adolescentes estaban muy informados especialmente sobre el tema del tabaquismo.

- *“En general suelen confiar en mí, la verdad, incluso los problemas de embarazo indeseado, anticonceptivos...”. (P26. Médico. Género masculino).*

Por último mencionaron que en muchas ocasiones, eran los padres los que generaban la posibilidad de tratar estos temas con los adolescentes, al demandar consultas por sospechar el consumo de drogas de sus hijos.

- *“Muchas veces son los padres los que vienen quejándose de que este está con drogas, que si le hago un análisis y yo le digo, mire, dígame que venga y hablamos los tres”. (P26. Médico. Género masculino).*

Todos los entrevistados coincidieron en la importancia de asumir un rol ejemplarizante ante la población, argumentando que los profesionales fumadores solían evitar la práctica de este hábito ante los usuarios del centro de salud.

- *“Yo antes de entrar a la consulta me lavo las manos, me pongo un poco de colonia, algún chicle, pero bueno. Que no se den cuenta, me daría mucha vergüenza hablar del tema sabiendo que luego...”. (P26. Médico. Género masculino).*

- *“Se cuidan bastante esos detalles y no se ve, por supuesto, a nadie fumando delante de pacientes, ni se nos ve el tabaco como antes que se veía la cajetilla en el pijama, no eso, quizás no se está viendo tanto...”.* (P28. Médico. Género masculino).

Algunos informantes manifestaron que debería crearse un espacio para los jóvenes en atención primaria.

- *“Tener un punto de referencia que ellos supieran que es confidencial, absoluto y que hubiera una puerta abierta para los temas de ellos, no eh... eso no ocurre así, yo creo que es una asignatura pendiente que tenemos los sanitarios sobre todo en atención primaria”.* (P18. Enfermera. Género masculino).

- *“Lo del Espacio Joven en Tamaraceite, era como una especie de consulta escondida, un día por la tarde a última hora, en un sitio escondidito, porque hablaban sobretodo de sexo, entonces te iba mucho más la gente. Era para que los demás no te vieran, entonces también daba lugar a que la gente tampoco tuviera conocimiento total de esa consulta. A lo mejor de boca en boca se lo iban dando”.* (P19. Enfermera. Género femenino).

Refirieron también que el equipo de atención primaria del centro de salud organizaba acciones comunitarias como el día mundial sin tabaco a los que acudían los escolares. Estas actividades fueron reconocidas también por los docentes entrevistados, aludiendo a las organizadas para celebrar el día de la enfermería o el día de la salud.

Para casi todos los profesionales sanitarios una de las principales dificultades manifestadas fue la falta de tiempo, imprescindible para la planificación y la ejecución de acciones educativas. Hicieron mención también al escaso apoyo y reconocimiento por parte del equipo directivo y de la gerencia a este tipo de acciones.

- *“A mí me entra una bajona, saber que “chacho, tengo que prepararlo”. Y sales de aquí. Aquí no te da tiempo de hacer nada. Hoy llevo la mañana que quería llamar a esa gente para buscar cosas del sida, para ver que tenían por allí, claro y no he llamado. Sabes que... se te va yendo el tiempo porque tienes otras cosas que hacer, ahora llevo a casa y... ahora ponerme con esto...”.* (P17. Enfermera. Género femenino).

- *“Tienes que preparártelas en tu casa, fuera de tu tiempo, entonces eso es también un handicap”. (P20. Enfermera. Género masculino)*
- *“Me desplazo al instituto, pero claro me tendrían que arreglar el horario y cosas de esas, porque claro, nosotros hicimos el taller de tabaco en nuestro horario libre”. (P23. Enfermera. Género masculino).*
- *“Nos tienen que dar tiempo para preparar, no solo ir a dar aquel día, que te den dos horas para tu dar una cosa puntual, sino tiempo para preparar el material, para hacer reuniones con quién tengas, directores, profesorado, asociaciones, con quién tengas tú que dar”. (P17. Enfermera. Género femenino).*
- *“Es un problema de gestión de los tiempos, nosotros tenemos ahora unas agendas elaboradas, de cara a darle respuesta a unas coberturas cuantitativas de los programas”. (P20. Enfermera. Género masculino).*
- *“Yo me voy un día de la consulta porque a lo mejor me voy a lo que sea o porque me pongo malo, un día, me voy de la consulta, de esas 50 personas que estaban apuntadas ese día, en la semana siguiente a la incorporación mía, veo a todos o a casi todos, que me han añadido a los que yo tenía”. (P25. Médico. Género masculino).*
- *“Es que aquí estamos desbordados. También dentro de la consulta hay actividades administrativas ¿no? Preparar recetas, guardar las analíticas, leer las historias de pacientes, informes clínicos... falta tiempo”. (P26. Médico. Género masculino).*

En el mismo sentido el discurso de uno de los informantes puso de manifiesto que los objetivos planteados por la gerencia de atención primaria eran principalmente de carácter asistencial, descuidando los objetivos dirigidos a la promoción de la salud y a la mejora de la calidad de vida de los usuarios.

- *“Eso no se cumple porque simplemente venimos al tema asistencial, “yo estoy enfermo, dígame lo que tengo, cúreme, mándeme algo”¿vale? Se llaman centros de salud pero son centros de enfermedad”. (P18. Enfermera. Género masculino).*

- *“Primero tendría que valorarse más la educación sanitaria, cosa que no se valora más que la asistencia, desde la empresa y desde la propia en general”. (P26. Médico. Género femenino).*

Consecuentemente, proponían la inclusión en la agenda, del tiempo dedicado a intervenciones educativas, así como el reconocimiento de las mismas por parte del equipo directivo y de la gerencia, lo cual facilitaría el reconocimiento de la función educadora del sanitario por parte de los usuarios.

- *“Que la dirección y la gerencia nos permita y sepa que vamos a estar unas horas a la semana o cada quince días. Necesitamos unas horas para hacer educación”. (P17. Enfermera. Género femenino).*

- *“Habría que reorganizar la agenda. Pero es un problema porque los usuarios no saben realmente cual es nuestra función, por mucho que ellos vengan y saben que le estamos intentando educar ellos piensan que estamos aquí para tomarles la tensión y que si no le tomas la tensión pues no se le está atendiendo”. (P19. Enfermera. Género femenino).*

- *“La solución es reorganizar la agenda, este día pues no tengo agenda porque ese día...”. (P20. Enfermera. Género masculino).*

- *“Que si es posible que se haga a nivel de grupo, que yo creo que es donde más rentabilizamos nuestro trabajo, a nivel grupal”. (P20. Enfermera. Género masculino).*

Una propuesta más drástica fue que cada centro de salud dispusiese de personal dedicado casi exclusivamente a la educación para la salud.

- *“Tú vas a Andalucía, por ponerte un ejemplo, tienen dos horas a la semana de consultas individuales en seguimiento de atención crónica, tienen dos horas a la semana de extracciones, tema asistencialista y dos horas de UAG, unidad de atención general, las curas y todo ese tema y después el resto es sencillamente actividad comunitaria, ¡Esto sí es un centro de salud!”. (P18. Enfermera. Género masculino).*

- *“Tenemos que salir de la consulta y hacer más intervenciones comunitarias. Es trabajar a nivel de centro, entre nosotros, tenemos que ver quién se va a subir al tren, una vez estemos convencidos tenemos que hablar con la dirección y decirle, poco menos que presentarle unas ideas y luego esto que sea aceptado por la gerencia”. (P20. Enfermera. Género masculino).*

Otra barrera percibida por los profesionales sanitarios fueron las diferentes concepciones de la educación que existen en la sociedad, y la responsabilidad que cada uno tiene en la misma.

- *“La estructura social que existe no conlleva a que la misma percepción que tenemos los profesionales sanitarios, en este tema educativo, sea el que tienen los propios profesionales de la educación, la que pueden tener los propios educadores que son los padres o tutores, la que pueden tener el propio usuario. Yo diferencio entre enseñanza y educación, por ahí no se diferencia, lo que interesa es la enseñanza, no la educación”. (P18. Enfermera. Género masculino).*

La incapacidad para comunicar con un grupo y hablar en público fueron consideradas también barreras importantes.

- *“A mí me cuesta mucho hablar en público”. (P22. Enfermera. Género femenino).*

- *“Yo tengo un poco de fobia social, yo siempre he dicho que puedo ayudar a preparar lo que quiera y moverme detrás, lo que quiera. Es que me quedo sin aire, es que técnicas de comunicación, ni nada”. (P21. Enfermera. Género femenino).*

- *“A mí, la verdad, no tengo facilidad de palabra para hablar en público”. (P26. Médico. Género masculino).*

- *“Lo otro es el miedo escénico que tiene mucha gente”. (P20. Enfermera. Género masculino).*

La falta de formación tanto respecto a los contenidos como a los métodos a utilizar, fue percibida también como una barrera, manifestando un informante la necesidad de mejorar la formación de los estudiantes de enfermería en este campo.

- *“También es cierto que igual considero que no estoy lo suficientemente preparada para... ¿sabes?”.* (P22. Enfermera. Género femenino).

- *“Sí, pero en términos generales, todos los profesionales sanitarios no la tienen”.* (P18. Enfermera. Género masculino).

- *“Todavía hay gente que no se atreve a salir a trabajar fuera”.* (P19. Enfermera. Género femenino).

- *“En la época mía que yo estudié no se nos veía... sí, se nos estaba viendo más como enfermeras, pero no había técnicas de docencia, de cómo enseñar, técnicas grupales, no...”.* (P19. Enfermera. Género femenino).

- *“Salen con unas carencias importantes, importante a nivel por ejemplo de metodología educativa, sabes, carecen de conocimientos, salen como muy preparados en una enfermería biomédica, muy de tipo hospitalaria”.* (P20. Enfermera. Género masculino).

Aunque manifestaron tener disponibilidad de materiales para elaborar los recursos educativos, reconocieron que en muchas ocasiones utilizaban material personal. No obstante preferían tener acceso a material gráfico ya elaborado como el aportado por los laboratorios farmacéuticos.

- *“Pues siempre hacemos algún folleto, pues ya es material que gastas en casa”.* (P17. Enfermera. Género femenino).

- *“Pues material... como no lo busques en Internet o por ahí. Luego en tu consulta no tienes nada, no puedes pedir nada, por los pasillos no ves nada, si es que no entiendo por qué a nosotros no se nos da material gráfico. El material gráfico que tenemos para, por ejemplo los diabéticos, o los elaboramos nosotros o nos los da los laboratorios”.* (P19. Enfermera. Género femenino).

Algunos informantes sugerían la falta de motivación personal como una de las barreras para las acciones educativas

- *“Yo creo que están un poco desmotivados en ese tema. Y es una pena, porque yo creo que es un trabajo interesante, que nos hace salir de la rutina, de la consulta...”*. (P21. Enfermera. Género femenino).

- *“Quieres venir a trabajar, ver tu agenda, ir a hacer los domicilios y luego irte para tu casa”*. (P22. Enfermera. Género femenino).

No obstante, la generalidad del discurso puso de manifiesto la existencia de la vocación profesional. Así consideraban como principal motivación conseguir que la población mejorara su salud y desarrollara hábitos sanos. Sugirieron como incentivos el reconocimiento a su labor por parte del equipo directivo y de sus compañeros.

- *“Me motiva pensar que voy a conseguir resultados positivos con la gente”*. (P17. Enfermera. Género femenino).

- *“Ver los cambios que se van haciendo y la superación de las personas, cuando tú ves que has logrado una meta que te lo has propuesto y que lo has conseguido, a mí eso me...”*. (P24. Enfermera. Género femenino).

- *“Ya no solo por romper la rutina, es que la educación para la salud es muy bonita, aparte de trabajar con la gente joven, no sé, ver un proyecto, todas esas cosas me motivan”*. (P21. Enfermera. Género femenino).

A pesar de las barreras anteriormente citadas, el valor asignado a la educación para la salud había llevado a alguno de los profesionales entrevistados a realizar acciones educativas e incluso en su tiempo libre.

- *“Me llamaron del instituto de Tamaraceite para ir, precisamente para hablar del tema del tabaco, y fui y se lo di. Fuera de mi horario laboral, claro, que quieres que haga aquí, tú has visto la demanda que tenemos aquí”*. (P25. Médico. Género masculino).

- *“Son cosas que me gusta hacer en general. Yo tengo un programa de radio en Ingenio, que soy la directora y la presentadora y hago yo todo el texto, traigo a los invitados”.*
(P26. Médico. Género femenino).

La participación de los profesionales sanitarios en acciones educativas a través de la comunidad había sido prácticamente nula, manifestando su inexperiencia en las relaciones con las familias y su desconocimiento de las asociaciones juveniles y de las prestaciones del Ayuntamiento.

- **Actitudes, barreras y propuestas ante las acciones educativas de otras instituciones microsociales**

El conocimiento de la colaboración de otras instituciones en acciones educativas se obtuvo a partir del discurso de los docentes, sanitarios y escolares. Por un lado los docentes hicieron alusión a las magníficas relaciones que mantenían con el ayuntamiento de Arucas. Los profesores del IES Santiago Santana refirieron el desarrollo de una intervención de carácter anual sobre educación afectivo sexual. Asimismo, mencionaron la colaboración de la Cruz Roja y otras organizaciones no gubernamentales en la impartición de charlas en el IES Arucas-Domingo Rivero.

Por otro lado, los sanitarios reconocieron también la implicación del ayuntamiento en algunas acciones educativas dirigidas a gente joven.

Asimismo los escolares propusieron la puesta en práctica por parte del ayuntamiento de actividades de ocio dirigidas a los jóvenes como alternativa al consumo de alcohol.

- *“Que la gente se sienta más a gusto, los surferos, un skatepark”.* (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

4.1.2.3. Factores macrosociales

La información referente a estos factores procede exclusivamente del discurso de los escolares participantes en los grupos focales.

- **Publicidad**

Los adolescentes dudaron de la existencia de la publicidad del tabaco, pues manifestaron que hacía tiempo que no la veían en televisión. Muchos hicieron referencia a dicha publicidad en coches y motos de competiciones deportivas, así como en carteles publicitarios situados en la autopista. Entre las imágenes publicitarias, recordaban al vaquero de Marlboro y al camellito de Camel pero no percibían que fueran dirigidas hacia ellos.

Los fumadores creían que la publicidad no les había influido en su decisión de fumar, afirmando que los personajes fumadores de las series televisivas condicionaban más que los anuncios publicitarios.

- *“En las películas se fuma, están todo el día fumando. Fumar en una serie de la tele es también una publicidad”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

Consideraban que las campañas de promoción de las diferentes marcas de cigarrillos conseguían aumentar el consumo entre fumadores, pero no les inducía a cambiar de marca, a las que se declaraban fieles.

- *“Hay un montón de gente que cuando LM sacaba un viaje a Italia, la gente fumaba más para ver si consigue más platinas de esas para ganar”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“Coronas rubio te dan puntos y puedes pedir móviles y cosas de esas. Ahora compra más cigarros”. (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

En el discurso se puso de manifiesto que estarían dispuestos a utilizar como patrocinadores de sus actividades deportivas o de sus viajes de fin de estudio a las empresas tabacaleras. Sin embargo algunos jóvenes no fumadores descartaban dicha opción.

- *“Para el viaje hay que conseguir dinero como sea”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

Respecto a la publicidad de las bebidas alcohólicas, con la excepción de las informantes del grupo de 1º de la ESO, consideraron en un principio, que la misma no influía

en su decisión de consumir alcohol. No obstante, según avanzaba el discurso algunos reconocieron que habían probado determinadas bebidas tras haber visualizado el producto en televisión. Otros manifestaron que posiblemente la publicidad influía más en el cambio de marca que en el inicio del consumo.

- *“La de Bacardí, la del gato. A mí me llama la atención por el gato, por el simple hecho de que se pone a bailar, no por la bebida”. (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“El Smirnoff lo vi en la TV y lo probé. Tenía curiosidad y quería saber cómo sabe”. (P9. 2º ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

- *“Yo creo que por verlo en los anuncios lo pruebas, ya luego decides si te gusta más o menos que lo que estabas bebiendo y entonces lo puedes cambiar”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

Los adolescentes asignaron a los anuncios publicitarios un carácter alegre y divertido, asociando la música y las imágenes con el producto anunciado. Reconocieron que estos les gustaban y muchos recordaron los mismos anuncios.

- *“Cuando oyes la música recuerdas la bebida pero no te hace beber”. (P3. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

- *“Heineken, el que va cantando la Macarena”. (36. 1º ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

- *“La del gato es el Bacardí”. (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

- *“La de Martini” (todas hacen señas simulando el anuncio con el dedo en los labios) (P18. 1º Bachillerato. Género femenino. Bebedoras y no bebedoras).*

Casi todos los participantes aceptaban la utilización de la publicidad de bebidas alcohólicas para promocionar una fiesta organizada por ellos, excepto si se trataban de actividades deportivas.

En las fiestas - "A mí me da lo mismo, si pagan, se pone la publicidad y ya está". (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

En el deporte - "Se busca cualquier otra cosa, no tienes que poner una bebida como publicidad, ni una marca de tabaco, puedes poner cualquier otra cosa, una marca de prenda de vestir, una marca de electrodomésticos, de deportes...". (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

Tan solo las chicas de 1º de la ESO propusieron anular la publicidad relacionada con el alcohol.

- "En realidad para mí es injusto porque el alcohol es una droga, simplemente porque es una droga que da dinero se puede anunciar en TV, pero tú no ves anunciado hachís en la TV". (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

- "Deberían quitarlos porque incitan a las personas a beber más". (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

- "Sí porque te ponen el anuncio y después debajo con letra chiquitita, chiquitita, que como tengas falta de vista no lo ves, bebe con moderación". (P4. 1º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

- **Estrategias institucionales**

Los informantes manifestaron que las advertencias sanitarias que aparecían en las cajas de cigarrillos no influían sobre los jóvenes fumadores, creyendo que surtía más efecto entre los adultos. Hicieron alusión a una posible nueva campaña con fotos impactantes y consideraban que éstas les impresionarían más. En esta misma línea pusieron como ejemplo las campañas de tráfico y confiaban que las dirigidas contra el tabaco incluyeran imágenes llamativas en televisión.

- "Las campañas que han puesto en las cajas de tabaco no me motiva a mí, es indiferente, casi". (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

- "Lo que ponen en los cartelitos ya te lo sabes tú. Quizás con las fotos te impresiona más. Pero esto no, son boberías". (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

- *“Te compras una pitillera de esas de las que se compra la mitad de la gente y ya está”.* (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).

- *“Yo creo que influye un poco en la gente adulta, en nuestra edad no, pero en los adultos sí”.* (P7. 2º ciclo ESO. Género masculino. No fumadores).

Sin embargo, reconocieron la necesidad de incluir en los envases de las bebidas alcohólicas, advertencias sanitarias similares a las utilizadas en las cajetillas de cigarrillos, aunque pusieron en duda su eficacia.

- *“A todo el mundo no le llegará pero habrá personas a las que le llegue”.* (P12. 2º ciclo ESO. Género femenino. No bebedoras).

Al igual que los informantes de los grupos de tabaco, los participantes de los grupos de alcohol, sugirieron la utilización de las imágenes impactantes en las estrategias institucionales dirigidas a disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.

- *“Hay una que está saliéndole bichos por la boca...”.* (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- *“A mí el anuncio que más me impactó es el de una chica, una piba pequeña de 12 o 13 años, adolescente, fumo, no fumo, ¿qué me dirán mis amigos? Enfrente de un espejo. Al final dice, tras y lo parte. Es que son todas las preguntas que nos hemos hecho ¿y si no me aceptan?”.* (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).

- *“Las de Tráfico son una pasada, te quedas blanca y dices cómo puede ser eso...”.* (P10. 2º ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).

Otra de sus propuestas fue la subida de los precios de las bebidas alcohólicas para evitar así, el inicio del consumo en los jóvenes. Sin embargo, reconocían que esta medida no resultaría útil para aquellos que tenían ya un consumo frecuente o excesivo.

- *“Si me puedo comprar dos cocacola o dos fanta naranja en dos euros y voy a pagar tres por una cerveza... pues mejor me llevo las dos colas”. (P17. 1º Bachillerato. Género masculino. Bebedores y no bebedores).*

- **Legislación**

La mayoría de los jóvenes entrevistados son menores de edad y por lo tanto no deberían tener a su disposición cigarrillos. Los informantes no fumadores denunciaron el incumplimiento de la legislación acerca de fumar en lugares públicos.

- *“Y es que encima la gente tiene la manía de ponerse en los sitios públicos que te pone el cartelito todo grande, pa’ que lo veas, de no se puede fumar, y ellos ¡hala! por la vida fumando donde quieren, eso molesta”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

En este sentido, destacaron dicho incumplimiento por parte de los estudiantes en los institutos, a pesar de que existiera cierto control por parte del profesorado.

- *“Hay mucha gente que fuma en el instituto, se quedan en un rincón todos los que fuman, allí sentados... ¡dan un pestazo...!” (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

- *“En los cambios de hora he querido entrar en el baño y tengo que irme porque el olor a tabaco no se aguanta”. (P2. 1º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Están intentando coger a los que fuman en el instituto”. (P8. 2º ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Hay profesores que lo ven y no dicen nada”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*

Los adolescentes manifestaron que los responsables de las máquinas expendedoras y los propietarios de tiendas pequeñas no cumplían la ley en lo referente a la venta de tabaco a

menores. No obstante declararon que les resultaba imposible adquirirlo en las grandes superficies.

- *“¿Para qué ponen las máquinas si no lo controlan?”. (P6. 2º ciclo ESO. Género femenino. Fumadoras).*
- *“Pusieron carteles pero desaparecieron”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*
- *“Pero no hay nadie, allí se deja el dinero y ya está”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*
- *“Se puede comprar en cualquier sitio y a cualquier hora”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*
- *“En las tiendas pequeñas sí me los venden”. (P5. 2º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*
- *“No piden el DNI para vender”. (P13. 1º Bachillerato. Género masculino. Fumadores)*
- *“Si un niño de 12 años dice que es para su madre, se lo venden”. (P16. 1º Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

Entre las propuestas planteadas por los participantes para reforzar el cumplimiento de las medidas legislativas, incluyeron el aumentar la exigencia de la ley permitiendo fumar únicamente al aire libre, o el subir los precios del tabaco. Los fumadores de mayor edad rechazaban el endurecimiento de las medidas legislativas e incluso anteponían su derecho a disponer de un espacio para fumar sobre el respeto a los espacios libres de humo.

- *“Prohibiría fumar en este país”. (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*
- *“Las medidas son muy blandas”. (P1. 1º ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

Asimismo, propusieron la retirada de las máquinas expendedoras de la calle y el aumentar el control en el instituto y en las tiendas. No obstante, algunos de los informantes dudaban que fuera posible supervisar adecuadamente su cumplimiento.

- *“Quitan los cigarrillos de la caja o forran las cajas con papeles”. (P2. 1^{er} ciclo ESO. Género femenino. No fumadoras).*

- *“Dicen que es para un familiar y es para ellos”. (P1. 1^{er} ciclo ESO. Género masculino. Fumadores).*

Sin embargo, los jóvenes fumadores de mayor edad, esgrimieron en su discurso la posibilidad de que la ley dejase de regular el consumo de tabaco y que se legalizasen otras drogas, creyendo que de este modo se consumiría menos.

- *“En verdad, si lo piensas, si dejas de prohibir las cosas y los dejas más libre, la gente lo hace menos. La gente tiende a probar lo prohibido”. (P13. 1^o Bachillerato. Género masculino. Fumadores).*

- *“Si te lo prohíben más, los de 1^o y 2^o van a decir, mira para fastidiar al director...”. (P16. 1^o Bachillerato. Género femenino. No fumadoras).*

Casi todos los participantes de los grupos focales de alcohol reconocieron el incumplimiento general de la legislación en relación a la venta de bebidas alcohólicas a menores.

- *“Nadie pide el DNI al vender una botella. Esto es algo que no se respeta”. (P9. 2^o ciclo ESO. Género masculino. Bebedores).*

- *“Yo aparento más edad o le digo a alguien que me la compre”. (P10. 2^o ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

A través de sus afirmaciones se observó la creencia de que la ley no debe inmiscuirse en este tema, prohibiéndoles aquello que sus familias les permiten. Asimismo, consideraron que ante mayores restricciones siempre surgirían estrategias para violarla.

- *“Si mi madre me deja por qué no me van a dejar ellos”. (P10. 2^o ciclo ESO. Género femenino. Bebedoras).*

- *“No se puede poner más estricta. Es difícil de controlar, se puede hacer la trampa”. (P3. 1^{er} ciclo ESO. Género masculino. No bebedores).*

4.2. FASE II: EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

En este apartado se presentan los resultados obtenidos del análisis univariante de las variables primarias, secundarias y terciarias. Además se presentan los resultados del análisis de correspondencia.

El número total de cuestionarios cumplimentados y recogidos en el trabajo de campo por los entrevistadores fue 161. Cinco cuestionarios no llegaron a procesarse por carecer de información relativa a variables consideradas fundamentales (edad y sexo); asimismo fueron excluidos 37 cuestionarios del grupo intervención, por corresponder a alumnos que no habían recibido el programa de forma continuada desde 1º hasta 4º de la ESO; además, se eliminaron 17 cuestionarios del grupo control, por no haber cursado los estudios desde 1º hasta 4º consecutivamente. Finalmente, la población quedó constituida por 54 estudiantes pertenecientes al grupo intervención y 48 al grupo control.

4.2.1. Características sociodemográficas

La población formada por un total de 55 mujeres y 47 hombres, presentó una media de edad de 15,8 años (DE \pm 0,778), una mediana de 16 y una moda de 15 años.

En la tabla 43 se puede observar la distribución de la población según el género y la edad en base a su pertenencia al grupo intervención y al grupo control.

Tabla 43. Distribución de las variables sociodemográficas según grupo intervención y grupo control.

	Total n = 102	Grupo intervención n = 54	Grupo control n = 48	p
Edad, años $\mu \pm SD$	15,80 \pm 0,778	15,35 \pm 0,555	15,46 \pm 0,504	0,315
Hombres/Mujeres, (%)	46,1 / 53,9	42,6 / 57,4	50,0 / 50,0	0,454

^h Media; SD Desviación estándar

4.2.2. Variables primarias

La prevalencia de fumadores en la población que recibió la intervención fue inferior a la observada en el grupo control. Estos resultados apuntan, aunque no se obtuvo significación estadística (cuasi-significación estadística; $p < 0,1$), a que la intervención puede ser eficaz en la

reducción de jóvenes fumadores. Por otro lado, la prevalencia de consumidores de bebidas alcohólicas fue inferior en el grupo intervención. No obstante, no se observó ninguna diferencia significativa entre ambos grupos, tal como se detalla en la tabla 44.

Tabla 44. Distribución del consumo de tabaco y alcohol según grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p	RR (IC-95%)
	n = 102	n = 54	n = 48		
<i>Fumador n (%)</i>	8 (7,8)	2 (3,7)	6 (12,5)	0,099	0,269; [0,063-1,400]
<i>Bebedor n (%)</i>	30 (29,4)	13 (24,1)	17 (35,4)	0,210	0,680; [0,408-1,133]

El análisis de las variables principales, según género (tabla 45), indican que la intervención fue eficaz entre los chicos fumadores. Además, aunque no se obtiene significación estadística, tiende a ser eficaz entre las chicas bebedoras.

Tabla 45. Distribución del consumo de tabaco y alcohol según género en el grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p	RR (IC-95%)
	n = 47	n = 23	n = 24		
Hombres					
<i>Fumador n (%)</i>	5 (10,6)	0 (0,0)	5 (20,5)	0,05 ^F	-
<i>Bebedor n (%)</i>	16 (34,0)	8 (34,8)	8 (33,3)	0,917	-
Mujeres					
<i>Fumador n (%)</i>	3 (5,5)	2 (6,5)	1 (4,2)	0,711	-
<i>Bebedor n (%)</i>	14 (25,5)	5 (16,1)	9 (37,5)	0,071	0,430; [0,166-1,117]

^F Test exacto de Fisher

4.2.3. Variables secundarias

Al analizar los distintos componentes de la variable principal (*ser fumador diario, ser fumador regular y ser fumador ocasional*), no se observó diferencia significativa en ninguna variable (tabla 46). Tampoco se observaron diferencias según género.

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, se analizaron también los componentes de la variable principal (*ser bebedor diario, ser bebedor regular y ser bebedor ocasional*), obteniéndose un resultado similar. Únicamente se encontró una tendencia a la eficacia, aunque no se aprecia significación estadística, en la variable *ser bebedor regular*. No se observaron diferencias según género.

Tabla 46. Distribución del patrón de consumo de tabaco en el grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p	RR (IC-95%)
	n = 102	n = 54	n = 48		
<i>Fumador diario n (%)</i>	2 (2,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	0,219 ^F	-
<i>Fumador regular n (%)</i>	2 (2,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	0,219 ^F	-
<i>Fumador ocasional n (%)</i>	4 (3,9)	2 (3,7)	2 (4,2)	1 ^F	-
<i>Bebedor diario n (%)</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		-
<i>Bebedor regular n (%)</i>	6 (5,9)	1 (1,9)	5 (10,4)	0,078 ^F	0,178; [0,022-1,469]
<i>Bebedor ocasional n (%)</i>	24 (23,5)	12 (22,2)	12 (25,0)	0,741	-

^F Test exacto de Fisher

Asimismo, se estudió el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas. Tal como se describió en el capítulo de sujetos y método, éste se estudió en base al consumo continuado en el tiempo, 4 días seguidos (*bebedor habitual discontinuo*); al número de copas consumidas en un corto periodo de tiempo el mismo día (*bebedor intenso ocasional*) y al acto de emborracharse. Los resultados se muestran en la tabla 47.

Se observó que la intervención fue eficaz respecto a las variables *bebedor habitual discontinuo* y *emborracharse recientemente* al observarse una asociación estadísticamente significativa entre dichas variables y el grupo intervención.

Tabla 47. Distribución del patrón de consumo de alcohol de riesgo en el grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p	RR (IC-95%)
	n = 102	n = 54	n = 48		
<i>Bebedor habitual discontinuo n (%)</i>	8 (7,8)	1 (1,9)	7 (14,6)	0,020 ^F	0,127; [0,016-0,995]
<i>Emborracharse alguna vez n (%)</i>	26 (25,5)	12 (22,2)	14 (29,2)	0,422	-
<i>Emborracharse recientemente n (%)</i>	13 (12,7)	3 (5,6)	10 (20,8)	0,021*	0,224; [0,058-0,868]

^F Test exacto de Fisher; *p < 0,05

Al realizar el análisis según género (tabla 48) se observó que la intervención fue eficaz entre las chicas con un consumo intenso ocasional, un consumo intenso ocasional recientemente y *haberse emborrachado recientemente* al existir una asociación entre dichas variables y el grupo intervención. Los resultados apuntan a que la intervención parece ser eficaz (cuasi-significación p < 0,1) entre las jóvenes con un consumo habitual discontinuo y el haberse emborrachado alguna vez.

Tabla 48. Distribución del patrón de consumo de alcohol de riesgo según género, en el grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p	RR (IC-95%)
	n = 47	n = 23	n = 24		
Hombres					
<i>Bebedor habitual discontinuo n (%)</i>	5 (10,6)	1 (4,3)	4 (16,7)	0,187 ^F	-
<i>Bebedor intenso ocasional n (%)</i>	18 (40,9)	10 (47,6)	8 (34,8)	0,387	-
<i>Bebedor intenso ocasional recientemente n (%)</i>	14 (31,8)	7 (33,3)	7 (30,4)	0,837	-
<i>Emborracharse alguna vez n (%)</i>	12 (25,5)	7 (30,4)	5 (20,8)	0,450	-
<i>Emborracharse recientemente n (%)</i>	9 (19,1)	3 (13,0)	6 (25,0)	0,461 ^F	-
Mujeres					
<i>Bebedora habitual discontinuo n (%)</i>	3 (5,5)	0 (0,0)	3 (12,5)	0,077 ^F	-
<i>Bebedora intensa ocasional n (%)</i>	27 (49,1)	11 (35,5)	16 (66,7)	0,022	0,532; [0,306-0,925]
<i>Bebedora intensa ocasional recientemente n (%)</i>	10 (18,2)	2 (6,5)	8 (33,3)	0,010	0,194; [0,045-0,829]
<i>Emborracharse alguna vez n (%)</i>	14 (25,5)	5 (16,1)	9 (37,5)	0,071	0,430; [0,166-1,117]
<i>Emborracharse recientemente n (%)</i>	4 (7,3)	0 (0,0)	4 (16,7)	0,031 ^F	-

^F Test exacto de Fisher

Por último, se analizaron las experiencias previas con el tabaco y el alcohol (tabla 49). Los resultados fueron en general, similares en ambos grupos, exceptuando la variable en la que se analizó a los que declararon que en algún momento de sus vidas han hecho algo más que probar el tabaco, es decir, que habían sido fumadores en alguna de sus clasificaciones. Se observó que la intervención fue eficaz respecto a la variable *haber fumado* al apreciarse una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), con una menor prevalencia entre los jóvenes del grupo intervención. No se observaron diferencias significativas según género.

Tabla 49. Distribución de las experiencias previas con el tabaco y el alcohol en el grupo intervención y grupo control

	Total n = 102	Grupo intervención n = 54	Grupo control n = 48	p	RR (IC-95%)
<i>Experimentación con el tabaco n (%)</i>	35 (34,3)	16 (29,6)	19 (39,6)	0,291	-
<i>Experimentación con el alcohol n (%)</i>	83 (81,4)	44 (81,5)	39 (81,3)	0,976	-
<i>Haber fumado n (%)</i>	24 (23,5)	8 (14,8)	16 (33,3)	0,028*	0,430; [0,166-1,117]
<i>Haber bebido n (%)</i>	62 (60,8)	30 (55,6)	32 (66,7)	0,251	-

* $p < 0,05$

Al analizar la edad media en la cual los jóvenes inician estas conductas se observó que la intervención fue eficaz entre los chicos al manifestar una edad media de inicio al consumo intenso superior al grupo control, observándose una asociación entre la edad media de dicha variable entre los chicos y la intervención.

Tabla 50. Distribución de las medias de edad de experiencias previas con el tabaco y el alcohol en el grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p
	n = 102	n = 54	n = 48	
<i>Experimentación con el tabaco n (edad media)</i>	35 (13,49) DT ± 1,401	16 (13,56) DT ± 1,590	19 (13,42) DT ± 1,261	0,771
<i>Experimentación con el alcohol n (edad media)</i>	83 (13,24) DT ± 1,764	44 (13,18) DT ± 1,795	39 (13,31) DT ± 1,749	0,748
<i>Haber fumado n (edad media)</i>	22 (13,77) DT ± 1,307	8 (13,88) DT ± 1,642	14 (13,71) DT ± 1,387	0,789
<i>Haber bebido n (edad media)</i>	61 (13,87) DT ± 1,648	30 (14,17) DT ± 0,913	31 (13,58) DT ± 2,110	0,164
<i>Haberse emborrachado alguna vez n (edad media)</i>	27 (14,22) DT ± 1,188	12 (14,33) DT ± 1,778	15 (14,13) DT ± 1,457	0,428
<i>Bebedor intenso ocasional n (edad media)</i>	18 (14,44) DT ± 1,042	10 (14,90) DT ± 0,738	8 (13,88) DT ± 1,126	0,033*
<i>Bebedora intensa ocasional n (edad media)</i>	27 (14,41) DT ± 0,931	11 (14,09) DT ± 1,221	16 (14,63) DT ± 0,619	0,203

DT Desviación típica; * p < 0,05

Análisis de correspondencias. Entre los tres factores que mostraron asociación con la variable intervención (*bebedora intensa ocasional, bebedora intensa ocasional reciente y emborracharse recientemente*) en la cohorte de mujeres se construyó la siguiente tabla de Burt. Se puede observar que el conjunto de categorías de la tabla de Burt está formado por la secuencia de categorías de las variables introducidas en este análisis. Se observa también que la suma de todas las frecuencias es el número de mujeres (55) multiplicado por el cuadrado de variables introducidas en el análisis ($4^2=16$).

Tabla 51. Tabla de Burt para los tres factores que se asocian con la intervención en la cohorte de mujeres

		Grupo		Bebedora intensa ocasional		Bebedora intensa ocasional reciente		Emborracharse recientemente	
		Intervención	Control	Si	No	Si	No	Si	No
Grupo	Intervención	31	0	11	20	2	29	0	31
	Control	0	24	16	8	8	16	4	20
<i>Bebedora intensa ocasional</i>	Si	11	16	27	0	10	17	4	23
	No	20	8	0	28	0	28	0	28
<i>Bebedora intensa ocasional reciente</i>	Si	2	8	10	0	10	0	3	7
	No	29	16	17	28	0	45	1	44
<i>Emborracharse recientemente</i>	Si	0	4	4	0	3	1	4	0
	No	31	20	23	28	7	44	0	51

Las componentes principales (CP) segunda y tercera se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 52. Análisis de correspondencia: componentes principales segunda y tercera

Factor	Valor	Dimensión 1 (CP 2)	Dimensión 2 (CP 3)
Grupo	Intervención	0,42231	-0,17106
	Control	-0,54548	0,22096
<i>Bebedora intensa ocasional</i>	Si	-0,53329	-0,24134
	No	0,51424	0,23273
<i>Bebedora intensa ocasional reciente</i>	Si	-1,22073	-0,21133
	No	0,27127	0,04696
<i>Emborracharse recientemente</i>	Si	-1,77972	0,63134
	No	0,13959	-0,04952

La representación simultánea de las categorías para las cuatro variables junto con sus elipsoides de confianza se muestra en la siguiente figura (Figura 24). La proporción de variabilidad explicada por la primera componente principal es del 77,5% (CP 2) y por la segunda es del 9,7%. Ello significa que la representación bidimensional de las 8 categorías es del 87,1%.

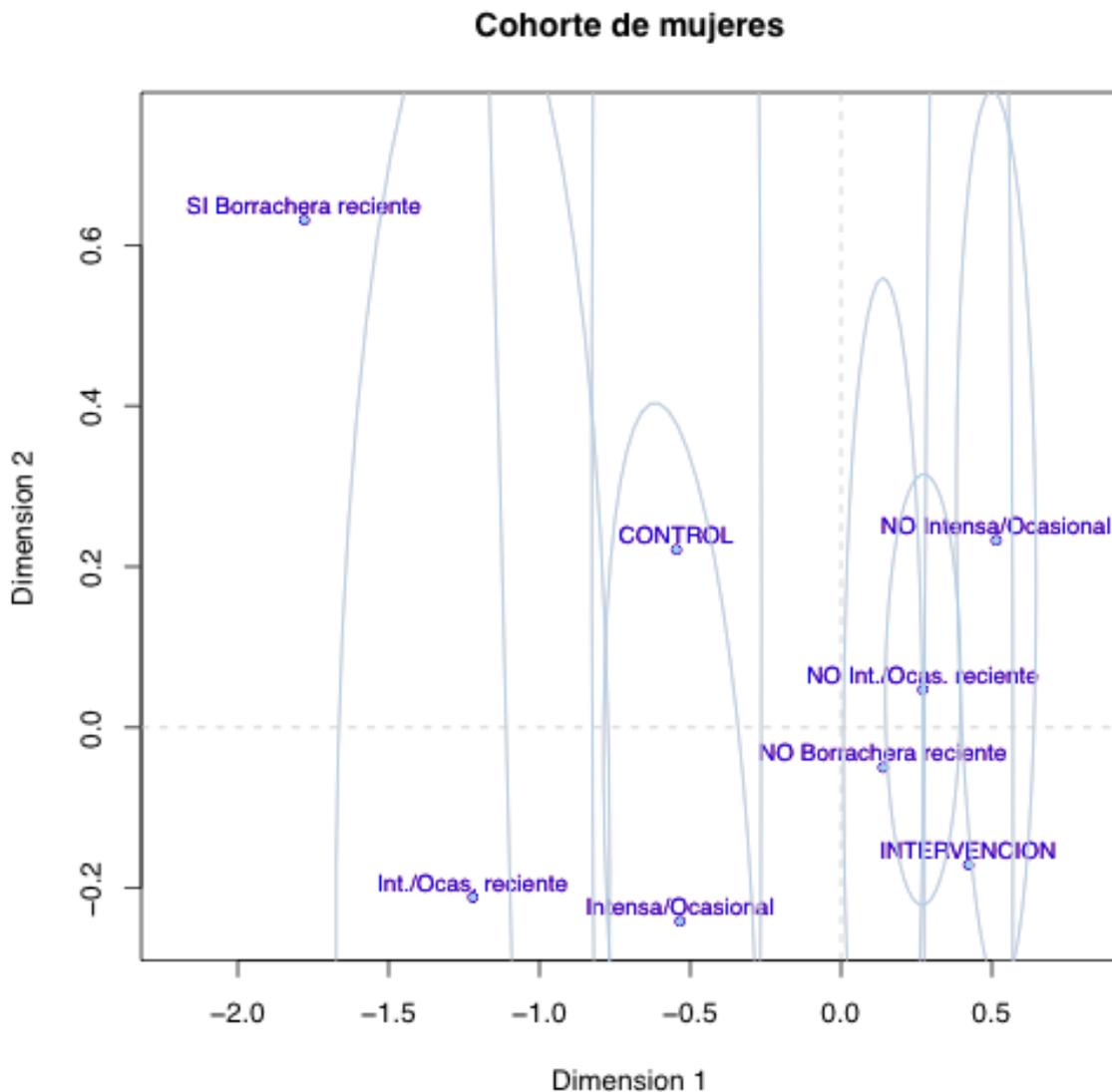


Figura 24. Análisis de correspondencias para la representación simultánea de las categorías relacionadas con la intervención y los comportamientos

Se observó que las categorías *no borrachera reciente*, *no bebedora intensa ocasional* y *no bebedora intensa ocasional reciente* y sus elipsoides de confianza se concentran en las proximidades de la categoría *intervención*, mientras que en las proximidades de la categoría *control* se concentran *si borrachera reciente*, *si bebedora intensa ocasional* y *si bebedora intensa ocasional reciente*. Las posiciones relativas de las categorías pueden también

observarse en la figura 24. Por ejemplo, la categoría *si borrachera* es la más remota a *intervención*.

4.2.4. Variables terciarias

La percepción que tienen los adolescentes respecto a la presencia de las conductas estudiadas entre las personas de su entorno (padre, madre, amigos, compañeros, profesores...) se puede apreciar en la tabla 51. En general, no se observó diferencia entre los dos grupos, excepto en lo referente a dos variables. Por un lado, los adolescentes del grupo control declararon percibir en mayor proporción ($p < 0,000$) la existencia en su entorno de compañeros fumadores. Por otro, los adolescentes del grupo intervención percibieron con mayor frecuencia a profesores bebedores en su entorno ($p < 0,05$).

Tabla 53. Distribución de la percepción de los jóvenes sobre el consumo de tabaco y alcohol de las personas de su entorno, según grupo intervención y grupo control

	Total n = 102	Grupo intervención n = 54	Grupo control n = 48	p
<i>Padre fumador n (%)</i>	35 (34,3)	15 (27,8)	20 (41,7)	0,140
<i>Padre bebedor n (%)</i>	71 (69,6)	37 (68,5)	34 (70,8)	0,800
<i>Madre fumadora n (%)</i>	30 (29,4)	13 (24,1)	17 (35,4)	0,210
<i>Madre bebedora n (%)</i>	38 (37,3)	17 (68,5)	21 (56,3)	0,201
<i>Hermanos fumadores n (%)</i>	8 (7,8)	5 (9,3)	3 (6,3)	0,573
<i>Hermanos bebedores n (%)</i>	21 (79,2)	13 (75,9)	8 (83,0)	0,384
<i>Amigos fumadores n (%)</i>	47 (46,1)	21 (38,9)	26 (54,2)	0,122
<i>Amigos bebedores n (%)</i>	78 (76,5)	39 (27,8)	39 (18,8)	0,283
<i>Compañeros fumadores n (%)</i>	40 (39,2)	12 (22,2)	28 (58,3)	0,000**
<i>Compañeros bebedores n (%)</i>	70 (31,4)	34 (37,0)	36 (75,0)	0,191
<i>Profesores fumadores n (%)</i>	60 (58,8)	34 (63,0)	26 (54,2)	0,368
<i>Profesores bebedores n (%)</i>	40 (60,8)	15 (72,2)	25 (47,9)	0,012*

**p < 0,000; *p < 0,05

Se estudió el tipo de bebida alcohólica que consumen los jóvenes del estudio y no se observó ninguna diferencia entre los dos grupos (tabla 54) ni tampoco según género.

Tabla 54. Distribución del tipo de bebidas alcohólicas que consumen los jóvenes, según grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p
	n = 102	n = 54	n = 48	
<i>Bebedor de cerveza n (%)</i>	7 (6,9)	2 (3,7)	5 (10,4)	0,181
<i>Bebedor de vino n (%)</i>	1 (1,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0,343
<i>Bebedor de bebidas alta graduación n (%)</i>	29 (28,4)	12 (22,2)	17 (35,4)	0,140
<i>Bebedor de licor n (%)</i>	9 (8,8)	5 (9,3)	4 (8,3)	0,869

En la tabla 55 se describen los conocimientos que declararon tener los jóvenes en relación al tabaco y al alcohol, encontrándose una mayor proporción de adolescentes en el grupo control que presentaron los siguientes conocimientos erróneos, *fumar solo produce enfermedades respiratorias, beber quita el frío, lo importante es no tragarse el humo, lo importante no es la cantidad que bebas, sino que controles y es fácil dejar de beber*. Asimismo y aunque en este caso no se observaron diferencias estadísticas, se apreció que los conceptos *el alcohol es una droga y fumar puede causar infarto de corazón*, fueron más prevalentes entre los adolescentes del grupo intervención.

Tabla 55. Distribución de los conocimientos relacionados con el tabaco y el alcohol, según grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p
	n = 102	n = 54	n = 48	
<i>El tabaco es una droga n (%)</i>	92 (91,1)	51 (94,4)	41 (87,2)	0,205
<i>El alcohol es una droga n (%)</i>	73 (72,3)	43 (79,6)	30 (63,8)	0,077
<i>Fumar puede hacerte daño n (%)</i>	102 (100)	54 (100)	48 (100)	
<i>Beber puede llegar a hacerte daño n (%)</i>	100 (98,0)	53 (98,1)	47 (97,9)	0,933
<i>Fumar hace menos daño cuando eres joven n (%)</i>	2 (2,0)	1 (1,9)	1 (2,1)	0,933
<i>Al adolescente le hace mas daño beber que a un adulto n (%)</i>	73 (72,3)	41 (77,4)	32 (66,7)	0,231
<i>Fumar solo produce enfermedades respiratorias n (%)</i>	9 (8,8)	2 (3,7)	7 (14,6)	0,053*
<i>Fumar puede causar infarto de corazón n (%)</i>	92 (93,9)	51 (98,1)	41 (89,1)	0,065
<i>Fumar causa cáncer de pulmón n (%)</i>	100 (98,0)	52 (96,3)	48 (100)	0,178
<i>Fumar perjudica durante el embarazo n (%)</i>	98 (96,1)	53 (98,1)	45 (93,8)	0,253
<i>El fumador se cansa antes n (%)</i>	93 (92,1)	50 (94,3)	43 (89,6)	0,377
<i>Beber te estimula n (%)</i>	44 (44,0)	23 (44,2)	21 (43,8)	0,961
<i>Beber altera la visión n (%)</i>	89 (87,3)	46 (85,2)	43 (89,6)	0,506
<i>Beber no engorda n (%)</i>	35 (35,0)	18 (33,3)	17 (37,0)	0,705
<i>Beber disminuye los reflejos n (%)</i>	95 (93,1)	51 (94,4)	44 (91,7)	0,580
<i>Beber aumenta la potencia sexual n (%)</i>	29 (29,0)	18 (34,0)	11 (23,4)	0,246
<i>Beber quita el frío n (%)</i>	53 (52,5)	23 (42,6)	30 (63,8)	0,033*
<i>Un adolescente puede morir de un coma etílico n (%)</i>	96 (94,1)	51 (94,4)	45 (93,8)	0,882
<i>Lo importante es no tragarse el humo n (%)</i>	8 (8,0)	1 (1,9)	7 (14,9)	0,017*
<i>Lo importante no es la cantidad que bebas, sino que controles n (%)</i>	43 (42,2)	17 (31,5)	26 (54,2)	0,021*
<i>Es fácil para un fumador dejar de fumar n (%)</i>	11 (10,8)	5 (9,3)	6 (12,5)	0,598
<i>Es fácil dejar de beber n (%)</i>	32 (31,7)	12 (22,2)	20 (42,6)	0,028*
<i>Estar al lado del que fuma puede hacerte daño n (%)</i>	100 (98,0)	52 (96,3)	48 (100)	0,178
<i>Subir a un coche con alguien bebido puede ser peligroso n (%)</i>	100 (98,0)	52 (96,3)	48 (100)	0,178
<i>Hay más jóvenes fumadores que no fumadores n (%)</i>	62 (60,8)	31 (57,4)	31 (64,6)	0,459
<i>Los anuncios de bebidas alcohólicas reflejan la realidad sobre el alcohol n (%)</i>	24 (23,8)	10 (18,5)	14 (29,8)	0,184

*p < 0,05

En la tabla 56 se muestran las diferentes creencias de los jóvenes en relación al tabaco y al alcohol. Se observó únicamente diferencia ($p < 0,05$) respecto a la creencia errónea *beber ayuda a olvidar*, más frecuente entre los participantes del grupo control. Asimismo y aunque la diferencia no llega a ser significativa, se apreció una mayor proporción de jóvenes que creen que sus padres se enfadarían si fumasen, en el grupo intervención (cuasi-significación $p < 0,1$).

Tabla 56. Distribución de las creencias relacionados con el tabaco y el alcohol, según grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p
	n = 102	n = 54	n = 48	
<i>Fumar es divertido n (%)</i>	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	0,286
<i>Beber es divertido n (%)</i>	25 (24,5)	11 (20,4)	14 (29,2)	0,303
<i>Fumar me hace sentir mayor n (%)</i>	8 (7,8)	4 (7,4)	4 (8,3)	0,862
<i>Beber me hace sentir mayor n (%)</i>	9 (8,8)	5 (9,3)	4 (8,3)	0,869
<i>Me siento importante si fumo n (%)</i>	6 (5,9)	4 (7,5)	2 (4,2)	0,473
<i>Me siento importante si bebo n (%)</i>	5 (4,9)	4 (7,4)	1 (2,1)	0,214
<i>Fumar ayuda a hacer amigos n (%)</i>	15 (14,9)	8 (15,1)	7 (14,6)	0,943
<i>Beber ayuda a hacer amigos n (%)</i>	21 (20,6)	10 (18,5)	11 (22,9)	0,583
<i>Fumar ayuda a relacionarse con personas de otro sexo n (%)</i>	13 (12,7)	7 (13,0)	6 (12,5)	0,944
<i>Beber ayuda a relacionarse con personas de otro sexo n (%)</i>	24 (23,5)	12 (22,2)	12 (25,0)	0,741
<i>Fumar ayuda a relajarse n (%)</i>	34 (33,7)	17 (31,5)	17 (36,2)	0,619
<i>Beber ayuda a olvidar n (%)</i>	33 (32,4)	12 (22,2)	21 (43,8)	0,020*
<i>Beber ayuda a pasarlo bien n (%)</i>	5 (4,9)	3 (5,6)	2 (4,2)	0,746
<i>Mis padres se enfadarían si se enteran que fumo n (%)</i>	94 (92,2)	52 (96,3)	42 (87,5)	0,099
<i>Mis padres se enfadarían si se enteran que bebo n (%)</i>	79 (78,2)	40 (74,1)	39 (83,0)	0,280

* $p < 0,05$

En la tabla 57 se exponen las actitudes que presentan los jóvenes frente a estos hábitos. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos se percibió una cuasi-significación ($p < 0,1$) en la variable *beberé alguna vez en la vida*, con un mayor porcentaje de jóvenes en el grupo intervención.

Tabla 57. Distribución de las actitudes relacionadas con el tabaco y el alcohol

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p
	n = 102	n = 54	n = 48	
<i>Fumaré alguna vez en la vida n (%)</i>	20 (19,8)	10 (18,9)	10 (20,8)	0,805
<i>Beberé alguna vez en la vida n (%)</i>	79 (78,2)	38 (71,7)	41 (85,4)	0,095
<i>Me disgusta que mis padres/hermanos o primos fumen o que fumarán n (%)</i>	85 (83,3)	47 (87,0)	38 (79,2)	0,287
<i>Me disgusta que mis padres/hermanos o primos beban o que bebiesen n (%)</i>	44 (44,0)	24 (44,4)	20 (43,5)	0,923
<i>Es necesario fumar a partir de cierta edad n (%)</i>	5 (4,9)	1 (1,9)	4 (8,3)	0,130
<i>Es normal beber a partir de cierta edad n (%)</i>	9 (8,8)	4 (7,4)	5 (10,4)	0,593
<i>Me da lo mismo que fumen a mi alrededor n (%)</i>	16 (15,7)	9 (16,7)	7 (14,6)	0,773
<i>Me da lo mismo que se emborrachen a mi alrededor n (%)</i>	29 (28,7)	15 (27,8)	14 (29,8)	0,824
<i>Se debería poder fumar en cualquier sitio n (%)</i>	8 (7,8)	3 (5,6)	5 (10,4)	0,362
<i>La venta de bebidas alcohólicas deberían estar prohibidas en todas las edades n (%)</i>	14 (13,7)	9 (16,7)	5 (10,4)	0,360

Por último, se analizó la percepción de los jóvenes en relación a las capacidades que han desarrollado, no apreciándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (tabla 58).

Tabla 58. Distribución de las capacidades percibidas relacionadas con el tabaco y el alcohol, según grupo intervención y grupo control

	Total	Grupo intervención	Grupo control	p
	n = 102	n = 54	n = 48	
<i>Rechazar la invitación de un cigarrillo n (%)</i>	101 (99,0)	54 (100)	47 (97,9)	0,286
<i>Rechazar la invitación a una copa n (%)</i>	94 (92,2)	48 (88,9)	46 (95,8)	0,193
<i>Decir a alguien que aquí está prohibido fumar n (%)</i>	81 (79,4)	40 (74,1)	41 (85,4)	0,157
<i>Decir a un amigo que no beba más n (%)</i>	97 (95,1)	51 (94,4)	46 (95,8)	0,746
<i>De comprar tabaco aunque no tengas la edad reglamentaria n (%)</i>	34 (33,3)	20 (37,0)	14 (29,2)	0,400
<i>De comprar bebidas aunque no tengas la edad reglamentaria n (%)</i>	50 (49,0)	27 (50,0)	23 (47,9)	0,834
<i>De pedir a alguien que no fume a tu lado n (%)</i>	93 (91,2)	50 (92,6)	43 (89,6)	0,593
<i>De negarte a subir a un coche en el que el conductor ha consumido alcohol n (%)</i>	98 (96,1)	53 (98,1)	45 (93,8)	0,253

5. DISCUSIÓN



La realidad social de las últimas décadas con respecto al consumo de sustancias, ha llevado a diferentes organizaciones a buscar soluciones, poniendo especial énfasis en las acciones de promoción de la salud. Es un trabajo que requiere continuidad y en el que hay que aprovechar los diferentes ciclos de la vida para incidir en determinadas conductas. La etapa de la adolescencia, considerada como puerta de entrada al consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas¹⁶⁹, es uno de los momentos propicios en el que es necesario trabajar en este sentido, motivo por el que este estudio se centra en la misma. Para poder asegurar el éxito de las acciones de promoción de la salud y tal como sugieren otros autores¹¹⁴ es preciso que la investigación abarque el conocimiento de los factores que condicionan el consumo y la mejora de la eficacia metodológica de los programas. Por ello el presente trabajo se estructuró en dos fases. En primer lugar, se desarrolló la fase I, dirigida a identificar los factores que determinaron el consumo de tabaco y alcohol, cuyos resultados se emplearon para orientar el diseño de la intervención educativa. A continuación, se realizó la fase II, cuyo objetivo consistió en medir la eficacia de la intervención educativa, teniendo presente en todo momento la metodología implementada en dicha intervención.

5.1. FASE I. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

Tanto los estudios nacionales^{109,110} como internacionales¹⁰⁷, cuyo objetivo general es identificar la situación y tendencias de consumo de los jóvenes, aportan una valiosa información para el diseño de las políticas y las iniciativas educativas y sanitarias. Del mismo modo, la información obtenida en la fase I del presente trabajo fue fundamentalmente útil para el diseño de nuestra intervención educativa dirigida al medio escolar. Las estrategias estuvieron basadas en los principales determinantes identificados en nuestra población que ayudaron a explicar la conducta. Aunque la información aportada por los estudios estatales permite enfocar y diseñar programas de intervención, en esta investigación se consideró necesario obtener la información procedente de nuestra población específica y profundizar en el conocimiento y la comprensión de la conducta y los factores que la condicionaban, tal como propone la OMS³⁸³ al afirmar que la calidad del diseño de los programas es mejor cuando se basa en datos de prevalencia local.

Para valorar de forma integral a nuestros jóvenes y explorar la conducta y los determinantes de la misma, fue necesario revisar la información disponible en este campo y

situarnos en el contexto, a sabiendas de que los jóvenes españoles no conforman una población homogénea, sino con variados estilos de vida que definen múltiples perfiles y comportamientos juveniles¹⁶⁴. Por ello fue importante realizar la valoración desde una óptica abierta a la diversidad y complementariedad de enfoques metodológicos, implementando técnicas cuantitativas y cualitativas. Otros investigadores⁴⁰³ así lo argumentan, considerando que ambos métodos se pueden complementar entre sí.

Para el logro de los objetivos de la fase I del presente trabajo, se utilizó la encuesta, la cual constituye uno de los métodos más apropiados como fuente de obtención de indicadores directos del consumo. En realidad, es el sistema recomendado por diferentes organismos, tanto a nivel internacional como nacional, para el análisis y la monitorización de los hábitos de las poblaciones^{71,167}. En nuestra investigación, la utilización del cuestionario estuvo sometida a rigurosas medidas para minimizar los posibles sesgos, tal y como aconsejan las directrices internacionales¹⁰⁸. Aun así, es sabido que en este tipo de procedimientos de recogida de datos, en temas como el consumo de alcohol o tabaco se tiende a la infradeclaración, por el mencionado temor al conocimiento de los datos y el rechazo, así como por la existencia de diferentes criterios de medida para la autocatalogación del hábito y la posibilidad del sesgo de la memoria. No obstante, no hay constancia de que este error pueda ser diferencial, por lo que no tendrá por qué invalidar los resultados finales⁷¹.

El contraste de los hallazgos de este tipo de estudio con otros preexistentes, presentó cierta dificultad debido a la enorme diversidad de las metodologías utilizadas, incluso cuando se siguen las indicaciones recomendadas por organismos como la OMS¹¹⁴. Por ello, la comparación de los resultados de este trabajo debe hacerse con cierta prudencia. Así, en nuestro estudio la recogida de los datos se realizó en primavera lo cual difiere de los estudios poblacionales nacionales que se realizan en otoño, salvo ESTUDES 2004 que coincidió con nuestra investigación. Hay que tener en cuenta que el patrón de consumo de alcohol y tabaco varía sustancialmente en periodos festivos, de ahí que los resultados pueden cambiar de forma importante si se recogen antes o después de las fiestas.

La comparación de los datos recopilados en años diferentes también puede dar lugar a errores importantes, pues se ha observado que en los estudios nacionales que suelen ser bienales, se ha apreciado la tendencia al alza y/o a la baja en cortos periodos de tiempo. Por

ello, fue preciso dejar claro el año de realización de los diversos estudios utilizados en la comparación de los datos de la fase I desarrollada en el año 2004.

La edad de la población de estudio es otro de los aspectos que marca la diferencia entre los diferentes trabajos. No todos los estudios utilizan los mismos límites de edad e incluso la organizan en diferentes intervalos. En este se utilizó la variable *curso* en vez de *edad* pues era imprescindible identificar el nivel de estudios para establecer el inicio de la intervención sobre los hábitos de consumo de tabaco y alcohol. El análisis exclusivo de la variable *edad* impide valorar el curso de inicio de dichos hábitos por la existencia de repetidores de mayor edad.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta fue la definición de las variables principales. Cada estudio utiliza un intervalo de tiempo o características diferentes para definir las. En el caso de la variable *fumador*, ésta suele designar a la persona que fuma tabaco por encima de unas cantidades, no siempre equivalentes. La definición de fumador de la OMS que continúa prevaleciendo en múltiples estudios es la siguiente: fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos⁴⁰⁴. Sin embargo, en documentos posteriores reducen el nivel de exigencia considerando fumador al que ha fumado durante el último mes a diario u ocasionalmente⁴⁹. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) lo define como haber fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida y en la actualidad fuma algunos días o todos los días⁴⁰⁵. Estudios norteamericanos realizados por profesionales sanitarios de atención primaria utilizan un criterio de mayor exigencia al catalogar como fumador a toda persona que ha consumido tabaco, aunque sea una calada, en la última semana⁴⁰⁶. Aunque en muchos estudios para medir una variable se utilizan los mismos parámetros en los jóvenes que en los adultos, en el presente trabajo, teniendo en cuenta que la población estudiada era adolescente se optó por definir *fumador* a todo joven que declaró fumar al menos alguna vez al mes. El concepto de fumador que se utiliza para el adulto puede no ser apropiado para definir a un adolescente fumador⁴⁰⁵ ya que, a veces, los jóvenes solo fuman durante los fines de semana o durante eventos especiales. El mismo criterio se utilizó para definir la variable principal *bebedor*.

Asimismo, resulta fundamental en la valoración de la ingesta de bebidas alcohólicas la medición del consumo excesivo esporádico u ocasional, ya que el adolescente sigue un patrón

de fin de semana e intenso. Hay que tener en cuenta que el número de UBE que se considera *binge drinking* varía según las diferencias culturales⁴⁰⁷. Tomando dos extremos, en Italia, consumir ocho bebidas alcohólicas en un día no se considera *binge drinking*, mientras que en India, se considera que una persona tiene problemas con el alcohol si consume dos cervezas en un mismo día⁴⁰⁷. Según la OMS⁵⁸, en el adulto se define el consumo excesivo esporádico como el consumo de varias bebidas alcohólicas en una sola ocasión, en un corto espacio de tiempo, considerando en los hombres, el consumo de cinco o seis copas o más en unas dos horas y en las mujeres el consumo de cinco copas o más. Estos parámetros se reducen en una unidad de bebida en la mayoría de los estudios con adolescentes (cinco o más copas para los chicos y cuatro o más copas para las chicas). Evidentemente la falta de madurez psicológica y biológica justifica una reducción aún mayor de dichos parámetros aunque son pocos los estudios que así lo contemplan^{71,129,385}. Al igual que estos autores, en este estudio se optó por considerar la medida reducida del consumo excesivo ocasional, al priorizar el daño que puede ocasionar a los adolescentes.

En la fase I del presente trabajo, también se optó por la realización de entrevistas semiestructuradas tanto individuales como grupales al ser otro de los métodos utilizados en la investigación acerca de los estilos de vida. La investigación cualitativa mejora y amplía el conocimiento al profundizar en aspectos conceptuales y teóricos, e incorpora la visión de los propios jóvenes, cambiando la relación de poder entre los investigadores y el objeto de investigación⁴⁰⁸. Sin embargo, diversos autores⁴⁰⁹ han reconocido algunas dificultades en la implementación de la técnica de la entrevista, las cuales fueron tenidas en cuenta en nuestra investigación con la finalidad de reducir al máximo las limitaciones del estudio, entre otras la relacionada con la calidad de los informantes. En nuestro caso, se tuvo que anular una entrevista grupal debido a una excesiva presión por parte de alguno de los miembros.

En nuestro trabajo se observó que la complementariedad de los datos permitió confirmar la rotundidad de muchas valoraciones y por otra parte se perfeccionó el perfil y mejoró la comprensión del desarrollo de las conductas con detalles que difícilmente pueden ser obtenidos por medio de los cuestionarios.

5.1.2. Discusión de los resultados

Los resultados obtenidos en la fase I de este trabajo se han discutido confrontándolos con otros estudios de similares características, organizados en apartados referentes al patrón de consumo de tabaco y alcohol y sus características, los factores individuales, microsociales y macrosociales.

5.1.2.1. Patrón de conducta

La comparación de los datos relacionados con el patrón de consumo, obtenidos en nuestro estudio en el año 2004, no se puede realizar con datos procedentes exclusivamente de la Comunidad Autónoma Canaria en ese mismo periodo. Aunque Canarias ha participado en estudios estatales como ESTUDES desde 1994, no se emitió ningún informe de dicha Comunidad Autónoma hasta el año 2006¹⁵⁰. Por otra parte, la comparación con otros estudios debe realizarse con la máxima prudencia ya que hay que tener en cuenta aspectos tales como los cambios en cortos periodos de tiempo del patrón de conducta, los estratos diferentes de población según los diversos trabajos o que las variables son similares pero no idénticas.

La prevalencia del consumo entre nuestros jóvenes es un aspecto importante a analizar. Existe una gran similitud entre la prevalencia de fumadores y bebedores en nuestro estudio (15,1% y 46,5% respectivamente) y la prevalencia obtenida en ESTUDES en Canarias 2006 (14,4% y 44,6% respectivamente) y en 2008 (15,8% y 45,5% respectivamente). Son, todas ellas, prevalencias considerablemente más bajas que las obtenidas en las encuestas nacionales de 2002⁴¹⁰ (29,4% fumadores y 56,0% bebedores), de 2004¹⁸² (37,4% fumadores y 65,6% bebedores), de 2006¹¹² (27,8% fumadores y 58,0% bebedores) y de 2008¹⁰⁹ (32,4% y 58,5% respectivamente) (Figuras 25 y 26).

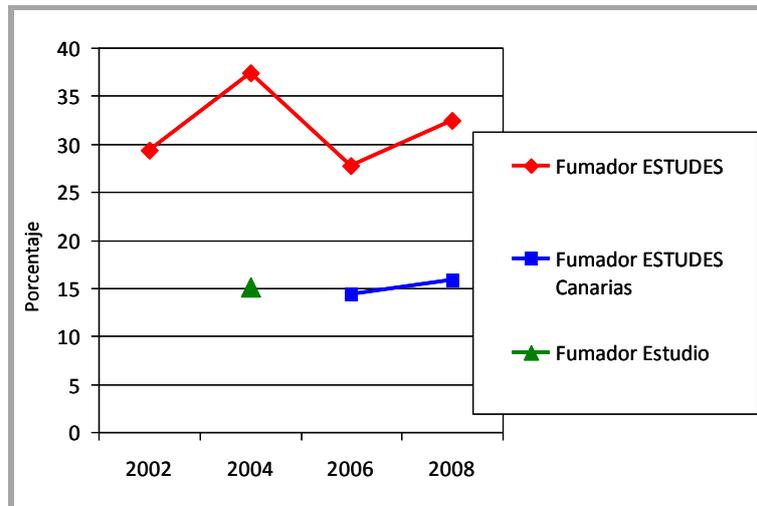


Figura 25. Comparación de las prevalencias de fumadores de nuestro estudio con otros trabajos

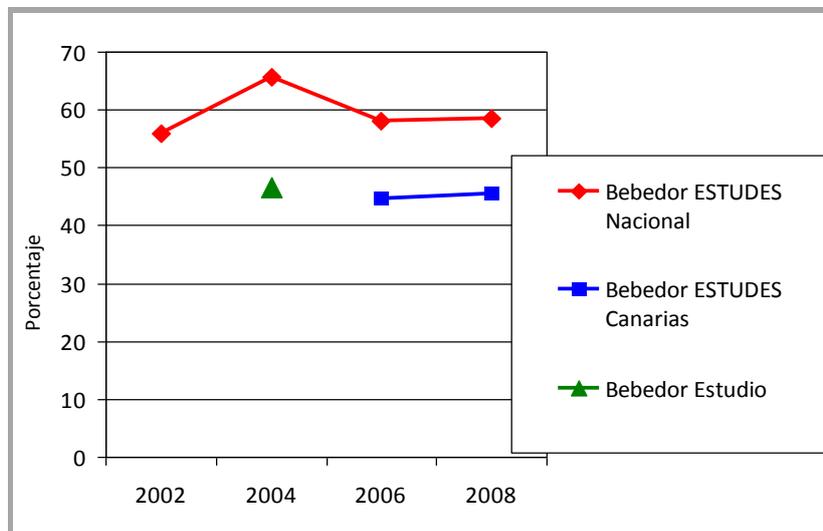


Figura 26. Comparación de las prevalencias de bebedores de nuestro estudio con otros trabajos

Evidentemente la prevalencia de fumadores y bebedores en nuestro estudio al igual que en ESTUDES en Canarias es inferior a la media nacional. Esta situación queda ratificada en el estudio HBSC en Canarias 2006¹¹³ (7,5% fumadores y 16,9% bebedores). El motivo por el cual las prevalencias del estudio HBSC son inferiores al estudio ESTUDES puede ser debido a que el intervalo de edad de HBSC incluye a población más joven (14-18 años ESTUDES y 11-17 años HBSC).

Aunque son resultados optimistas para Canarias, no se debe reducir el grado de intervención. Por un lado, porque la situación en el año 2004 alcanzó las cotas más altas de prevalencia a nivel nacional coincidiendo con la fase I del presente trabajo; por otro lado se puede observar que la tendencia en nuestra comunidad autónoma, en ambas conductas, tiende a una cierta estabilización, pero apreciándose incluso un ligero aumento en el último año estudiado. En los diversos estudios de ámbito nacional^{109,110} se observó la misma tendencia a la estabilización, con un repunte en el año 2008. También hay que tener en cuenta que las prevalencias de consumo en Canarias, aunque menores que a nivel nacional, constituyen un alto número de jóvenes consumidores, especialmente de bebidas alcohólicas. Asimismo es previsible que una buena parte de ellos mantenga su hábito hasta la madurez⁴¹¹. Tampoco hay que olvidar que el consumo de ambas sustancias constituye la puerta de entrada al consumo de otras drogas^{72,100,169}, siendo referida esta teoría por los jóvenes de nuestro estudio “*Empiezan a los 12 años a fumar y al año, año y medio empiezan con boberías, a fumar porros*”. Todo ello, justificó la necesidad de implementar intervenciones educativas dirigidas a la población adolescente para reducir o erradicar esta situación.

Necesidad de continuar implementando intervenciones educativas dirigidas a la población adolescente para reducir el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas

En nuestra población, había probado tabaco un 39% de los jóvenes y un 74,3% alcohol, destacando que la mitad de la población de 4º de la ESO ya había experimentado con tabaco (50,2%) y casi la totalidad de los jóvenes había experimentado con alcohol (90,0%). Este nivel

de experimentación supera el perfil de los jóvenes de 4º de la ESO en Canarias, tanto en ESTUDES 2006 (38,3% tabaco y 81,8% alcohol), como en HBSC 2006 (41,2% tabaco y 72,0% alcohol) y se asemeja al perfil nacional de ESTUDES 2004 (62,3% tabaco y 86,9% alcohol). Estos datos sitúan a los jóvenes de nuestro estudio entre los de mayor nivel de experimentación, lo cual obliga a planificar un objetivo cuya acción esté dirigida a la reducción de la misma.

En nuestra investigación, tanto la proporción de jóvenes que han experimentado como la de consumidores de ambas sustancias, va ascendiendo proporcionalmente a la edad coincidiendo con los trabajos revisados^{109,110,114,117,118,151,152,153,158,316,412}. Está demostrado que uno de los factores predictores de dichas conductas es la edad^{114,159,169,170}, siendo algunas de las razones que lo justifican el aumento progresivo del consumo, la mayor autonomía de los jóvenes con la edad, el menor control de los padres, la exploración de la identidad y la gran participación con el grupo de pares²⁰⁰. Asimismo, el consumo de tabaco y alcohol probablemente se considera más aceptable cuanto más edad se tenga, generando un mayor apoyo social¹⁰⁷. Del mismo modo, se ha reconocido el empezar a experimentar antes de los 15 años como un factor predictivo de consolidación futura¹⁶⁸ y de peor pronóstico tanto para el tabaquismo adulto como para la dependencia del alcohol⁴¹³. Este alto nivel de experimentación a edades tempranas orientó la planificación de nuestra intervención diseñando un objetivo enfocado a reducir su incidencia o retrasar su inicio. Además, justificaría la necesidad de adelantar el comienzo de las intervenciones a cursos escolares en los que los jóvenes aún no han comenzado a experimentar.

Intervención educativa dirigida a reducir la incidencia de experimentación o retrasar el inicio

Al analizar la pauta de consumo de tabaco en el presente trabajo se observó una mayor prevalencia de fumadores diarios, resultados que coinciden con los aportados por otras investigaciones^{115,412}. Es importante intentar reducir la incidencia del consumo diario ya que de él deriva el mayor daño para la salud, pero en el caso del tabaco es prioritario reducir la incidencia de la experimentación y del consumo ocasional ya que existe evidencia de que este

último es un fuerte predictor del consumo diario⁴¹⁴, debido a que la nicotina es una droga fuertemente adictiva²⁶. Este hecho, demostrado por muchos autores^{412,114} se puso de manifiesto en nuestro trabajo al observarse que el consumo diario de tabaco aumentaba progresivamente con la edad, mientras se iba reduciendo el consumo semanal. Por ello, resultó prioritario en nuestra intervención modificar la experimentación y el consumo ocasional de tabaco en vez del consumo diario, incorporando el fomento de la autoeficacia mediante el entrenamiento de habilidades para reducir dichas pautas, tal y como sugieren otros investigadores^{123,415}.

Intervención educativa dirigida a modificar la experimentación y el consumo ocasional mediante el fomento de la autoeficacia

Respecto a la pauta de consumo de bebidas alcohólicas y coincidiendo con otros estudios^{110,193}, el consumo diario fue prácticamente inexistente, predominando los consumidores ocasionales. Aunque este perfil pueda parecer positivo al compararlo con el patrón de tabaco en el que predominó el consumo diario, el aspecto negativo y preocupante radicó en la alta prevalencia de bebedores, la frecuencia de episodios de intoxicaciones etílicas y el consumo excesivo ocasional. Todos los estudios^{109,110,114,193} coinciden con los datos observados en nuestro trabajo, al afirmar que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre los jóvenes. Conforme aumenta la edad, aumenta la prevalencia del consumo ocasional^{109,151,152,153,193} llegando a ser en nuestro estudio un 96% en 1º de bachillerato. El modelo de consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes es frecuentemente durante el fin de semana y días festivos y se buscan los efectos de la embriaguez mediante el consumo del tipo *binge drinking*^{89,152,416} tal y como expresaron los adolescentes en nuestro estudio, “*Beben hasta hartarse..., empiezan a beber, a beber y a beber*”. El consumo excesivo ocasional lo definieron con claridad nuestros jóvenes en su discurso “*Nosotros de su licor podemos tomar 7 o 8 copas, pero ellas se beben 4 o 5 copas*”, llegando a superar el nivel de unidades de bebida que fue considerado consumo excesivo ocasional en el abordaje cuantitativo de nuestro estudio.

La prevalencia de borracheras fue importante, un 27,4%, y tanto más frecuente cuanto mayor era la edad del joven, llegando en 4º de la ESO a un 40%, datos similares a los aportados por otros trabajos^{193,213}. Esta situación de borracheras y consumo excesivo ocasional entre los adolescentes ha sido motivo de inquietud e identificada con alarma, tanto a nivel internacional^{60,82,89} como nacional⁴¹⁷. Por ello, fue preciso orientar nuestra intervención educativa hacia la reducción de la borrachera y del consumo excesivo ocasional de bebidas alcohólicas, necesitando para su abordaje el análisis de las características individuales y microsociales.

Intervención educativa enfocada a la reducción de la borrachera y del consumo excesivo ocasional de alcohol

Cada vez se asocia más el consumo de tabaco y alcohol con el de otras sustancias adictivas^{169,213} tal y como expresaron nuestros jóvenes en su discurso “*un cigarro, un porro, éxtasis*”. Igualmente los profesores de nuestro trabajo hicieron referencia a dicho consumo en el instituto mientras que los profesionales sanitarios sólo lo relacionaron con las fiestas. Debido a que se ha justificado previamente la necesidad de una intervención centrada principalmente en el tabaco y las bebidas alcohólicas, y teniendo presente la teoría de la escalada⁷², se optó por considerar que de manera indirecta se conseguiría evitar el paso al consumo de otras drogas. Se planteó incorporar mensajes subliminales para erradicar la idea de normalidad en el caso de otras drogas.

Incorporar en la intervención educativa mensajes subliminales dirigidos a eliminar la creencia normativa sobre el consumo de otras drogas

El estudio de la edad de inicio en el consumo de sustancias constituye un dato importante para determinar el periodo óptimo en el que es necesario abordar estos hábitos con los jóvenes. Múltiples trabajos^{109,110,213,418,419} realizados en nuestro contexto social

confirman que el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas tiende a instaurarse y consolidarse mayoritariamente en la adolescencia, coincidiendo con nuestro trabajo en que el tabaco es la primera sustancia con la que experimentan.

Según la OMS¹³ los programas deberían ofrecerse en un momento apropiado del desarrollo adolescente y, particularmente, cuando las intervenciones tengan la mayor posibilidad de impactar en su comportamiento. Uno de ellos es aquel en el que sea más probable que la información y las habilidades tengan significados y aplicación práctica.

También se considera apropiado intervenir cuando la prevalencia del consumo aumenta y el contexto social de los jóvenes cambia, situación descrita por nuestros adolescentes en sus discursos *“Se dan fiestas, empieza que si uno más grande porque está repitiendo lleva alcohol, porque ya conoce las movidas”*.

Actualmente no hay consenso sobre el momento oportuno para desarrollar una intervención educativa sobre tabaco y alcohol. Incluso algunos estudios^{420,421} reconocen que la evidencia de un grupo de edad óptimo para la prevención no está clara.

Hay intervenciones que han concentrado los programas en los cursos con edades de 10-12 años^{363,364}, en los que los estudiantes ya han llegado a un nivel de madurez intelectual suficientemente alto para asimilar determinados conocimientos. Además, los niños de esos cursos superiores de educación primaria y primer curso de educación secundaria están más próximos a la edad en la que existe el peligro de comenzar a probar sustancias⁴²². Otros estudios, sin embargo, han abordado a la población a partir de los 13 años sin encontrar resultados positivos argumentando que posiblemente las características de la edad han sido la causa de los mismos³⁶⁵. Las revisiones sobre este tema ponen de manifiesto que los resultados de las intervenciones en la adolescencia tardía y media (>17 años) generalmente son más débiles⁴²¹.

Para algunos autores, el momento ideal es la edad infantil, con refuerzos en periodos próximos a la edad de inicio del consumo¹⁰⁵. Esta necesidad de intervención precoz fue identificada también por los jóvenes de nuestro estudio al comentar *“En tercero de la ESO ya hacen lo que quieran”, “Empieza a cambiar todo el mundo, sobre todo en 3º”*.

La decisión de iniciar la primera fase del presente trabajo en el 1^{er} curso de la ESO se basó en los datos de las encuestas poblacionales que establecían en aquel momento la edad de inicio entre los 13 y 14 años^{108,410}. Sin embargo, los resultados de la valoración de nuestro estudio mostró unas edades medias inferiores (12,15 años tabaco; 12,71 años bebidas alcohólicas) confirmando la tendencia a un consumo cada vez más precoz, tal y como han publicado otros autores^{121,153}. Todo ello justificó la decisión de iniciar nuestra intervención educativa en 1^o de la ESO, coincidiendo nuestra decisión con la mayoría de los programas de intervención vigentes tanto en nuestro país^{333,246,423} como a nivel internacional^{363,364}. No obstante, destacó que al analizar la edad media de experimentación declarada únicamente por los estudiantes de 1^o de la ESO, ésta fue de 10,05 años para probar el tabaco, 10,83 años para las bebidas alcohólicas y 11,39 años para las borracheras, similar a la observada en otros estudios recientes^{114,121,412}. En consecuencia y en un sentido más estricto, tal vez se debería haber adelantado la intervención a 5^o o 6^o curso de educación primaria, criterio que coincide con el de otros autores²⁴⁶. Sin embargo, esto no fue posible al carecer de un diagnóstico de la situación de la población de 5^o y 6^o de primaria. Además, un programa en dos niveles diferentes, Educación Primaria y Secundaria, implicaría realizar dos intervenciones simultáneas en diferentes centros, con un profesorado con formación diversa y adolescentes con factores individuales heterogéneos lo cual chocaba con las limitaciones de nuestro equipo de investigación en cuanto a recursos personales y tiempo. En España, durante el desarrollo de la fase I de nuestra investigación, el consumo de tabaco se trabajaba de forma transversal desde la educación primaria, y con una menor intensidad el abordaje del consumo de bebidas alcohólicas. Esto último tiende a cambiar¹¹⁸ ya que desde la Consejería de Educación⁴¹⁷ se pretende potenciar programas contra el alcohol desde la educación primaria ante el descenso de la edad de inicio. Igualmente los jóvenes de nuestro estudio también sugirieron que se comenzara antes a trabajar estos temas, en la enseñanza primaria.

Iniciar la intervención educativa en el primer curso de la ESO

Respecto a la variable “género”, nuestro trabajo puso de manifiesto diferencias en el patrón del fumador. Diversos estudios realizados tanto en nuestro país^{108,110,112,126,159,182} como a nivel internacional^{107,232}, demuestran un aumento del tabaquismo en adolescentes del género femenino hasta consolidarse de forma estable en niveles superiores al de los varones, coincidiendo con los datos del presente trabajo. Aunque otros investigadores manifiestan que los chicos comienzan a consumir tabaco antes que las chicas^{108,110}, no ocurrió así en nuestra investigación.

El tabaquismo entre las mujeres es un fenómeno relativamente nuevo en nuestro país⁴¹². Las importantes transformaciones políticas, económicas y sociales que registró España en la década de los setenta provocaron la incorporación tardía, en comparación con el resto de los países europeos⁴²³, a las corrientes culturales dominantes, provocando cambios importantes en el papel de la mujer en la sociedad tales como la equiparación de derechos, la participación igualitaria en la vida social y familiar, la incorporación al mercado laboral, el acceso a todos los niveles de educación, el control de la maternidad, etc. Además, la mujer fue adquiriendo un protagonismo recreativo que en épocas anteriores pertenecía únicamente a los varones^{424,425}. Estos procesos de socialización más igualitarios marcaron también el consumo de sustancias nocivas en las mujeres. En el caso del consumo de tabaco, se ha superado la equiparación, de forma que actualmente, entre las cohortes más jóvenes, las mujeres presentan una mayor prevalencia de consumo^{119,175}. Incluso tienen una mayor prevalencia de consumo intenso pues la proporción de fumadores diarios es superior entre las chicas^{115,129}, coincidiendo con los datos de nuestro estudio. Aunque hasta 1975 la prevalencia de fumadoras diarias no superaba el 10%, ésta ha continuado creciendo hasta superar la prevalencia entre los chicos. La actual difusión del tabaquismo entre las chicas jóvenes hace prever en un futuro próximo, que las tasas de fumadoras de mujeres de edad media serán más altas que en la actualidad, lo que previsiblemente incrementará en nuestra comunidad los problemas de salud y la mortalidad ligados al tabaquismo en la mujer^{107,412,426}.

Una vez que se ha alcanzado una mentalidad igualitaria en las chicas, se pueden analizar otros factores que expliquen las diferencias entre género. Algunos investigadores consideran que esto puede deberse a que el fumar constituye para las chicas de estas edades un símbolo de rebelión, de independencia y autonomía; esto es que la imagen social de la mujer fumadora en nuestra cultura resulta atractiva para las jóvenes⁴²⁷. Es cierto que han

contribuido a ello campañas publicitarias⁴²⁸, dirigidas específicamente a las mujeres jóvenes, que asociaban el consumo de tabaco con falsos aspectos de igualdad respecto a los varones. Entre los factores que se han sugerido en otros estudios¹⁰⁵ figuran las creencias de que el tabaco ayuda a estar delgada, las actitudes de preocupación por el peso y las preocupaciones por la propia imagen, aunque en los discursos de nuestras chicas no se han mencionado estos temas.

En nuestro trabajo, en múltiples ocasiones las chicas manifestaron relacionarse con chicos de mayor edad, lo cual coincide con otras investigaciones¹⁰⁵ al argumentar que las diferencias en la maduración psicológica, más adelantada entre las chicas, las puede llevar a entablar dicho tipo de relaciones, potenciando un mayor consumo entre ellas.

Algunos autores¹⁰⁵, señalan que las jóvenes fuman más para hacer frente al estrés, reflejándose dicha situación en el discurso de las chicas de nuestro estudio *“No tienes con quien desahogarte sino con el cigarro”*, *“Somos más nerviosas que los chicos”*. Otras investigaciones⁴²⁹ han explicado que la causa del estrés podría ser debido a la carencia de habilidades sociales y por lo tanto la utilización del tabaco podría servir para eliminar los sentimientos de ansiedad y/o hacer frente a estas situaciones sociales. Si bien dichas explicaciones hacen referencia a ambos géneros.

En el caso del alcohol se detecta en múltiples estudios^{113,200,411,430} una mayor prevalencia de chicos bebedores, mientras que en otros^{109,110,153} se observa una tendencia a la convergencia de género en los indicadores de consumo de diferentes periodos, al igual que en nuestro trabajo. La incorporación de la mujer al uso recreativo del alcohol⁴²⁴ ha propiciado un aumento considerable de la prevalencia de consumo de alcohol entre las chicas, pero todavía subsisten diferencias muy interesantes en cuanto a la frecuencia o intensidad, con un predominio de estas características en los chicos. Las chicas consumen con más frecuencia que antes, pero en menor cantidad^{175,213}.

En nuestro trabajo la diferencia estuvo marcada por la experimentación con el alcohol y las borracheras al iniciarse antes los chicos en ambas conductas, siendo observados datos similares en otras investigaciones^{107,110}. Además, la proporción de jóvenes que se había emborrachado alguna vez y que presentaba consumo de riesgo fue superior entre los chicos, constatándose esta misma situación en muchos de los estudios consultados^{109,110,112}.

Además, el hecho de que el riesgo percibido por las mujeres sea superior al percibido por los hombres¹⁰⁹, podría justificar que el desarrollo de esta conducta sea superior en los chicos.

Algunos autores⁴³¹ reconocen un sentimiento proteccionista en las chicas, argumentando que puede ser el motivo que les lleva a beber menos que a los chicos, lo cual se puso de manifiesto en el discurso de nuestros jóvenes *“El bebe y se divierte... y después yo tengo que llevar la moto para abajo”, “Me asusta que beban, beben y fijo estoy, ichacho, no bebas más que tienes que conducir y tal!”*, *“Yo cuando salgo con él no bebo, porque sé como se va a poner, y paso de cogerme yo una tranca también, entonces sí que estamos bonitos”*, *“Y te quedas tú con ganas de beber para estar cuidando de los demás ¿sabes?”*

En nuestro trabajo, otro de los posibles motivos por los que los chicos mostraron un consumo de alcohol más intenso pudo ser su mayor disponibilidad de dinero. Esta es una situación que se ha identificado también en otros estudios¹⁰⁹.

Otro de los motivos que se discuten entre los investigadores para explicar las diferentes tendencias de consumo según el género se encuentra el que las mujeres suelen consumir sustancias más aceptadas socialmente y los hombres suelen consumir sustancias socialmente más transgresoras⁹. De hecho la predominancia masculina sigue siendo clara ante el consumo de las drogas ilegales^{109,175,213}.

Estos datos demuestran que el género marca diferentes tendencias de consumo. Tanto la mayor prevalencia de consumidoras de tabaco como el aumento progresivo de chicas consumidoras de bebidas alcohólicas representan un riesgo manifestado en recientes estudios que informan sobre la mayor vulnerabilidad del organismo de las mujeres y de las chicas en particular a los efectos peligrosos del tabaco y del alcohol, en general su mayor susceptibilidad a la nocividad y toxicidad de todas las drogas y peores consecuencias de su uso y abuso^{145,432}.

Esta situación propició tener en cuenta las diferencias de género en el desarrollo de la intervención. Otros investigadores^{107,238} así lo aconsejan, aunque ello no obligó a la implementación en dos intervenciones separadas, pues como reconocen algunos autores²³⁸ existe cierta dificultad en la organización dentro del sistema escolar para realizar una división según género.

Intervención educativa teniendo en cuenta las diferencias de género

5.1.2.2. Características del consumo

En consonancia con otros estudios^{109,110,112,153,158,182,193,200}, se concluye que las bebidas más consumidas por los encuestados, independientemente del género, son las de alta graduación, lo que puede implicar un mayor riesgo de adicción que si el consumo mayoritario fuera de bebidas fermentadas. En los discursos, nuestros jóvenes especificaron además la preferencia de este tipo de bebidas según el género *“Normalmente el ron, casi siempre los chicos y a lo mejor las chicas prefieren Malibú, porque es más suave, sabe mejor”*. El consumo de cerveza fue minoritario en nuestro trabajo aunque en otros trabajos la prevalencia de jóvenes que la consumen es importante^{109,110,182,193} y sobretodo entre semana. En investigaciones desarrolladas en la década de los noventa se observó que prevalecía el consumo de cerveza entre los jóvenes¹⁵³. Esta modificación en la elección de bebidas puede tener dos explicaciones, bien el cambio de preferencia por parte de los consumidores o la opción por bebidas de alto contenido alcohólico por sus mayores efectos embriagantes. Estas circunstancias propiciaron la planificación de acciones relacionadas con el fomento del consumo de bebidas alternativas sin alcohol.

Intervención educativa dirigida a potenciar el consumo de bebidas alternativas sin alcohol

Mayoritariamente, en lo que coinciden todos los estudios es en que el consumo de tabaco y alcohol a estas edades es grupal. Los jóvenes beben en compañía de sus amigos y en los lugares en los que conviven con su grupo de iguales. En nuestra investigación, si bien a través del cuestionario nuestros adolescentes reconocían que fumaban y bebían en casa de sus amigos (33,7%) y en verbenas (44,3%), sin embargo, en sus discursos refirieron precisamente lo contrario, destacando el consumo de alcohol preferentemente en lugares públicos, al igual que en otras investigaciones^{109,200,433}. Todo ello deriva de un renovado modo de distracción,

como manifestación de una cultura juvenil contemporánea que ha desarrollado diversas modalidades lúdicas entre la que se encuentra la cultura recreativa nocturna de fin de semana. Es un fenómeno social caracterizado por la concentración de jóvenes en un espacio abierto durante las noches de los fines de semana y cuyo punto de referencia es el consumo de bebidas alcohólicas como eje central de su tiempo libre y que responde a la modalidad llamada botellón⁴³⁴. Tan solo un 11,5% de los jóvenes de este trabajo hicieron referencia al botellón como el principal modo de consumo, aunque a través de otros ítems sí lo confirmaron. Así, más de la mitad declararon obtener las bebidas comprándolas en grupo y el mayor porcentaje de los jóvenes corresponde a los que afirmaron beber en las fiestas, las cuales suelen ser tipo verbenas en un espacio público. Conjuntamente estas manifestaciones corresponden al perfil del botellón que se vinculaba principalmente a contextos lúdicos, situación descrita en otros trabajos¹⁵³. El grupo de jóvenes de mayor edad fue el que en su discurso relató principalmente dicha forma de consumo de manera habitual *“Todos los chicos que van a hacer el botellón el sábado, tres o cuatro botellas para seis, siete personas. Cuatro botellas creas o no es una exageración”*. El resto lo realizaba principalmente en las fiestas pero no como norma de fin de semana *“Más bien bebida porque en los asaderos nuestros lo menos que se compra es comida. Más bien bebida, cajita de chuletas para 30 personas y 20 o 30 botellas de todo, se mezcla todo”*.

Hay que destacar que entre los jóvenes que declararon consumir alcohol en menos de una ocasión al mes, clasificados como no bebedores, se identificaron adolescentes que se habían emborrachado o habían tenido un consumo excesivo ocasional alguna vez o en los últimos seis meses. Por lo tanto, había jóvenes que aún bebiendo de forma esporádica, su consumo era excesivo y/o cursaba con borrachera, considerando diversos autores que la búsqueda de la embriaguez constituye uno de los principales peligros del consumo a esta edad²²³. Tal y como se deduce de los discursos de estos jóvenes, su consumo se llevaba a cabo en las fiestas importantes siendo los únicos momentos en los que bebían. Estas grandes fiestas suelen constituir el escenario habitual en el que se desarrolla el ritual de iniciación⁴³⁵. Otros estudios destacan que los adolescentes de la ESO ya hacen el botellón, pero sobretodo los mayores.

En nuestro estudio destacó la presencia de jóvenes que bebían en solitario expresándolo a través de su discurso *“...a veces te sabe más que estar en la calle con todo el*

mundo botado, estar en tu casa, allí tranquilita con la botella". Esto puede indicar la existencia de un mayor riesgo de dependencia.

En consecuencia, se propuso dirigir la intervención a modificar la forma de ocio y los lugares de socialización.

Intervención educativa dirigida a potenciar otras formas de ocio

La conducción de vehículos de motor bajo los efectos del alcohol, es una conducta de riesgo identificada en otras investigaciones¹⁰⁹ en un porcentaje bajo, pero destacable en la población adolescente debido a que la mayoría no tiene la edad reglamentaria para poder conducir. Por otro lado, la proporción de jóvenes que reconoce haber sido pasajeros en un vehículo conducido por una persona bajo los efectos del alcohol asciende a un cuarto de dicha población¹⁰⁹. En nuestro estudio, los jóvenes expresaron a través de su discurso que esta situación era frecuente *"Pero la mayoría piensan, total, ya queda poco, vas a seguir para adelante", "Me j... que beban, me asusta que beban, beban y fijo estoy, ¡chacho, no bebas más que tienes que conducir y tal!"*. Al igual que la situación descrita en otros estudios¹¹¹, en el discurso de nuestros jóvenes se percibió que generalmente las chicas habían sido las pasajeras y los chicos los conductores *"El bebe y se divierte con sus cosas y después yo tengo que llevar la moto para abajo"*. Por ello, fue necesario incorporar acciones educativas dirigidas a aumentar la percepción de riesgo sobre la conducción y el consumo de bebidas alcohólicas, así como ayudarles a desarrollar capacidades para la toma de decisiones acertadas.

Intervención educativa dirigida a aumentar la percepción de riesgo sobre la conducción y el consumo de alcohol y capacitar para la toma de decisiones

5.1.2.3. Factores individuales

Los factores que influyen en la adquisición y mantenimiento de las conductas en los adolescentes son muy complejos y con una interrelación de elementos individuales y del entorno microsocia y macrosocia. En este trabajo se analizaron dichos factores mediante el discurso de los adolescentes y en base a las prevalencias y al nivel de asociación entre el consumo y los factores que aparecieron vinculados al mismo. Al tratarse de un estudio transversal no se pudo inferir causalidad entre dicho consumo y los factores asociados, sin embargo los resultados obtenidos en otras investigaciones de diseño longitudinal pudieron reforzar nuestra discusión.

Conocimientos. El nivel de conocimiento de los jóvenes de nuestro estudio se obtuvo principalmente a través de las técnicas cualitativas complementándose con los datos obtenidos del cuestionario. Al igual que en otros trabajos^{109,182}, la mayoría de los jóvenes tenía conocimientos sobre la influencia negativa sobre la salud del consumo de tabaco (96,0%) y de alcohol (92.9%) sobre la salud. Sin embargo, casi un cuarto de la población afirmó *hace menos daño cuando eres joven*. Coincidiendo con otros investigadores^{158,246}, o bien existe una tendencia a minimizar las consecuencias que puede tener sobre ellos el consumo de sustancias o no tienen la información necesaria.

Mediante su discurso, los jóvenes pudieron manifestar sus conocimientos sobre el consumo de tabaco, los cuales estaban relacionados fundamentalmente con la nicotina, la adicción y los efectos a largo plazo. Es evidente que las campañas dirigidas a concienciar a la población sobre el hecho de que el tabaco es una droga debido al efecto de la nicotina, han llegado a los jóvenes. Todo ello unido al reconocimiento de los fumadores de sentirse enganchados y no poder abandonar dicho hábito, tal y como lo manifestaron nuestros jóvenes *“Me importa, pero, yo que sé... estoy enganchado”*. Sin embargo, destacó entre algunos estudiantes fumadores que aunque identificaron dicho efecto a nivel teórico, posteriormente negaron estar sometidos a dicho proceso *“Es que ya es casi... dependencia tampoco, porque si lo quiero dejar lo dejo, pero tampoco hay tanta...”*, *“Yo sé que no dependo de él, pero... yo no sé... la sensación de coger un pitillo y ponértelo en la boca...”*.

El análisis del discurso sobre el conocimiento de los efectos del tabaco a corto plazo parece indicar que éste se adquirió a través de la observación a fumadores de su entorno o de

la propia experimentación, *“Yo me canso de nada, hasta caminando me canso”*. Por otro lado, destacó la carencia de conocimientos respecto a los demás componentes del humo del tabaco y sus efectos a corto plazo, así como la creencia generalizada de falsos mitos, lo cual podría dificultar la comprensión de los efectos negativos derivados de su consumo.

En cuanto al consumo de alcohol destacó un mayor porcentaje de jóvenes bebedores con conocimientos erróneos, sin embargo mediante su discurso identificaron los efectos inmediatos y el daño a corto y a largo plazo, principalmente los accidentes de tráfico, las conductas agresivas y el coma etílico. El conocimiento de las repercusiones del consumo de alcohol en relación a la conducción de vehículos es una muestra de la influencia que han tenido las campañas de sensibilización de la Dirección General de Tráfico orientadas a aumentar la percepción de riesgo⁴³⁶. Destacó que los conocimientos expresados con mayor claridad estaban relacionados con experiencias vividas u observadas, *“Estaba al lado mío, empezó a echar espuma por la boca, lo tuvimos que ingresar y todo”, “Hasta los amigos suelen pegarse tollos cuando están borrachos y acaban dándose piñas”*. Otros estudios¹⁵⁸ describen los mismos conflictos sociales. Respecto al coma etílico lo más destacado fue el discurso generalizado entre los jóvenes de haber sido testigos de esta vivencia.

Los jóvenes bebedores asociaron el proceso de dependencia a un perfil concreto de alcohólico, destacando su negativa a reconocer el proceso de dependencia al referirse al consumo exclusivo de fin de semana, *“No sé, si solo los fines de semana... eso no creo que haga daño”*. No obstante, algunos informantes admitieron esa posibilidad, *“Si estás acostumbrado cuando sales a echar una copa, después cuando sales si no te la echas parece que te falta algo”*. Por otra parte, insistieron en que lo importante era controlar el consumo *“Hasta que te sientes a gusto”* coincidiendo con los datos obtenidos a través del cuestionario, así como con los resultados de diversos estudios^{117,152,316}. Fue evidente que mientras la adicción al tabaco constituyó un conocimiento generalizado entre los jóvenes, no ocurrió lo mismo con el alcohol, resultando fundamental esta información para el diseño de la intervención educativa.

Otras carencias de conocimiento detectadas giraron en torno a los conceptos de fumador y bebedor pasivo así como a la legislación referida a ambas sustancias. Todo ello sugirió también la incorporación de estos contenidos en la intervención.

En nuestro trabajo destacó, al igual que en otros estudios¹⁰⁹, la gran contradicción entre los conocimientos que afirmaron tener acerca de los efectos que producen estas sustancias y las conductas que adoptaban. En esta misma línea, la percepción de los profesores de nuestra investigación fue que los jóvenes creían poseer los conocimientos suficientes relacionados con dichas conductas, motivo por el cual no demandaban formación.

Resultaron preocupantes los comentarios generalizados respecto a los efectos beneficiosos del alcohol, argumentos basados en la valoración positiva realizada por los profesionales sanitarios, *“lo dicen los médicos, que es bueno”*. La información divulgada a través de los medios de comunicación de masas⁴³⁷ ha trascendido a todos los grupos de edad y a todo tipo de bebida alcohólica. El mensaje *“el alcohol es bueno para la salud”* es uno de los grandes mitos que fue necesario trabajar en la intervención educativa.

Un aspecto que puede influir en el inicio del consumo es el nivel de formación de los adolescentes^{185,186,187,188} pues en múltiples trabajos se ha demostrado la asociación entre dichas conductas y el bajo rendimiento escolar^{105,438} o la insatisfacción hacia el ámbito académico^{184,439}. Los profesores de nuestro estudio expresaron a través de su discurso la creencia de que prácticamente todos los jóvenes que estaban cursando el programa de cualificación profesional inicial (Garantía Social) eran fumadores e insistieron en que el consumo de tabaco no estaba asociado a los alumnos conflictivos sino a los que presentaban fracaso escolar, reafirmando lo demostrado en los estudios anteriores.

En la bibliografía más actualizada a la que tuvimos acceso fueron escasos los trabajos que ofrecían información sobre el nivel de conocimiento de los jóvenes respecto a dichas conductas. Quizás se ha dado por hecho que tienen a su alcance muchísima información al respecto, sin embargo, en nuestro estudio se detectaron carencias que tuvieron que abordarse en la intervención educativa.

La intervención educativa debe potenciar un aprendizaje significativo y trabajar contenidos conceptuales sobre los componentes del humo del tabaco, los efectos del consumo de tabaco y alcohol, priorizar los efectos inmediatos y a corto plazo, el proceso de dependencia y los conceptos de fumador y bebedor pasivo

La intervención educativa debe desmitificar las grandes leyendas urbanas sobre tabaco y alcohol

La intervención educativa debe dirigirse a todos los escolares, especialmente a los jóvenes con fracaso escolar

Creencias. En este trabajo se analizaron las creencias que afectan al ámbito de las relaciones sociales pues el grupo de iguales adquiere una gran importancia en la adolescencia. Son muchos los autores^{171,200,232} que confirman la gran influencia del grupo de pares a esta edad. En este trabajo y coincidiendo con otros^{190,191,208,223}, entre las creencias erróneas analizadas que afectan al ámbito de las relaciones, *ayuda a hacer amigos y ayuda a relacionarse con otros*, se observó una asociación significativa, con mayor prevalencia tanto entre fumadores como entre bebedores. En el discurso de los jóvenes, las manifestaciones fueron semejantes. Sin embargo, se observó cómo la percepción de unos sobre los otros fue diferente. Los jóvenes que no consumían ni tabaco ni alcohol consideraron que para los consumidores, beber o fumar simbolizaba la necesidad de pertenencia a un grupo, *“Ha llegado a fumar por querer ser igual que ellos”*, mientras que los jóvenes consumidores de sustancias reconocieron absurda dicha relación.

Otros investigadores⁴³⁵ han descrito los ritos de iniciación que frecuentemente llevan consigo el ingreso y la pertenencia a un grupo. Los adolescentes deben practicarlos para no correr el riesgo de ser marginados. Uno de estos ritos es la bebida y frecuentemente el fumar. Casi todos nuestros jóvenes consideraron que constituía el paso hacia la edad adulta, *“Comienzas a salir del cascarón”*. Además, los chicos mayores percibieron que para los pequeños el fumar simbolizaba popularidad entre sus iguales, *“En 1º y 2º de la ESO ya el que fuma es la bomba”*. Por todo ello, la primera necesidad del adolescente es la pertenencia a un grupo de referencia, utilizando como instrumento para la integración el fumar y el beber⁴⁴⁰. De acuerdo con lo confirmado por otros autores¹⁵³, resulta posible concluir que, en esa fase de la vida, el consumo de alcohol es enmascarado como forma de socialización e integración grupal⁴²⁵. Algunas investigaciones^{429,441} han relacionado el déficit de habilidades sociales con el

consumo de alcohol y tabaco, sobre todo, en sus componentes de conducta antisocial, falta de asertividad y dificultad para hacer frente a los sentimientos de ansiedad. Por todo ello, la intervención educativa precisó de actividades dirigidas a desarrollar habilidades de comunicación y relación, y habilidades sociales que facilitasen la integración en sus grupos de iguales sin necesidad de aferrarse al consumo de sustancias para ello.

La intervención educativa debe incorporar habilidades sociales

La normalización del consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas se puso de manifiesto entre nuestros adolescentes, tanto en los datos procedentes del análisis cuantitativos (24,0% ven normal fumar; 35,4% ven normal beber), como en los discursos de los informantes a través de la expresión, “*es normal*”, que se repitió en muchas ocasiones. Realmente ellos percibían que fumar y beber era lo que se esperaba de ellos. Actualmente hay países en los que el consumir tabaco forma parte de la cultura social y desde hace muchos años, mientras que en otros países como el nuestro está desapareciendo dicha creencia. Sin embargo estudios recientes demuestran que no está ocurriendo lo mismo con el consumo de alcohol sino que se está potenciando el ser una norma⁹². Aunque en algunos estudios^{119,168} las normas subjetivas no demuestran valor predictivo, la mayoría de los investigadores, coincidiendo con nuestros resultados, ha demostrado¹¹⁴, que uno de los determinantes cognitivos que presentan claramente una asociación con estas conductas son las normas sociales. Por otra parte, aunque otros autores consideran que la creencia *fumar está de moda*, se relaciona con el tabaquismo a estas edades^{190,191}, nuestros jóvenes en su discurso lo negaron totalmente al adjudicarle el calificativo de normalidad.

Por lo tanto las principales creencias que prevalecían entre nuestros jóvenes eran que beber es algo normal, que se bebe por motivos sociales, para facilitar las relaciones y para liberar estrés, lo que coincide con el hallazgo de otros estudios^{316,192}.

Por ello, la intervención educativa necesitó trabajar el mito de la normalización de ambas conductas, utilizando la recomendación del análisis de las prevalencias de las mismas.

La intervención educativa debe eliminar el mito de normalización de los consumos entre los jóvenes

Actitudes. La investigación de la influencia de las actitudes sobre la conducta tiene cada vez más fuerza, demostrando que es una de las variables cognitivas más determinantes sobre la conducta²⁰⁸. Por ello, hay que tener en cuenta las actitudes identificadas en nuestro estudio pues la prevalencia de jóvenes con intención de beber en un futuro (62,1%) duplicó la de jóvenes con intención de fumar (29,4%).

Diversos estudios^{114,167,162} muestran cómo los jóvenes con actitudes favorables para fumar tienen cuatro veces más posibilidades de ser fumadores frente aquellos cuya actitud es contraria a fumar. Por lo tanto la intención de fumar en un futuro es un predictor de la conducta^{114,195}. En algunos estudios¹⁶⁷ han encontrado además una influencia de género con una elevada actitud protabaco en los chicos.

En nuestra valoración se identificó a un considerable porcentaje de jóvenes que se encontraban en la fase de contemplación según el modelo de Prochaska¹⁹⁷, es decir, se hallaban en el proceso de preparación para el consumo de tabaco y aún más para el consumo de alcohol. Esto permitió un mejor enfoque en la intervención educativa que debía estar orientada a modificar dicha actitud teniendo en cuenta los procedimientos descritos por los expertos para posibilitar el cambio.

La intervención educativa enfocada a modificar la intención de consumir en un futuro

La intención de abandono de estos hábitos entre los jóvenes constituyó otro aspecto de la actitud digno de discutir. El proceso de cesación tabáquica en edades tempranas es un tema que cada vez interesa más. En nuestro estudio a la mayoría de los adolescentes les gustaría dejar de fumar (73,2%), aunque tan solo un 41,7% deseaba hacerlo lo antes posible. Así lo expresaron en su discurso, destacando principalmente lo difícil del proceso “*Él no fuma y*

dice que si quiero fumar que me busque un novio que fume. Él cree que es fácil, pero no es fácil. Él piensa que llevo al menos 10 meses sin fumar... Me deja si se entera que todavía fumo". Otros investigadores^{105,116,200,251} refieren la misma situación. Al igual que en otros trabajos¹⁸², prácticamente todos nuestros informantes fumadores manifestaron el haberlo intentado y haber fracasado, expresando como barrera el encontrarse en un entorno de fumadores, *"Aunque lo quieras dejar, siempre lo ves, siempre lo ves, si no es en una esquina es en otra", "Yo lo intenté dejar, pero ¡qué va! Después de estar todo el día con la gente al lado, la gente fuma y..."*.

La intención de abandono del tabaco puede reflejar que los mensajes sobre los efectos perjudiciales del tabaco está llegando a los jóvenes, aunque es necesario intensificar los esfuerzos, puesto que no se consigue evitar el inicio de su consumo.

La intención de abandono del consumo de alcohol es totalmente opuesta y se ha generalizado según se observa en otras investigaciones²⁰⁰, coincidiendo con los datos de nuestro estudio que reflejaron que la mayoría no tenía intención de dejar de beber (75,4%), ni dejar de emborracharse (57,9%), fundamentalmente porque no lo consideraban un problema.

En la intervención sería necesario ofertar estrategias para ayudar a dejar de fumar. Respecto al alcohol lo más importante sería modificar la actitud precontemplativa hacia el abandono y conseguir que pasaran a la fase de la contemplación.

Intervención educativa enfocada al desarrollo de acciones para ayudar en la deshabituación tabáquica a los jóvenes

Intervención educativa dirigida al cambio de actitud hacia el abandono del consumo de alcohol

Percepción de riesgo. La percepción de riesgo ante los efectos del consumo de tabaco ha ido aumentando en los últimos años^{109,182}, especialmente ante el consumo de un paquete

diario; mientras que persiste una baja percepción de riesgo en relación a las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas, tanto del consumo excesivo esporádico como habitual^{109,182}.

Coincidiendo con otras investigaciones^{158,202}, en este estudio, al analizar la percepción de los efectos del consumo de tabaco y de alcohol sobre la salud se observó una distorsión en las percepciones de riesgo, destacando más baja percepción de daño cuando se trataba de su mismo consumo. Por otro lado y como han argumentado otros autores^{203,208} nuestros adolescentes percibieron como más perjudicial el uso continuado que el consumo esporádico, *“Si bebe en exceso sí, pero tomarse dos cubatas es normal”, “... porque nunca verás a un hombre, casi a ningún hombre que no beba”*. En su discurso limitaron la percepción de daño a la cantidad *“en exceso”* y frecuencia del consumo *“No sé, si solo los fines de semana..., eso no creo que haga daño”*.

Además, conforme aumenta la edad del adolescente disminuye el riesgo percibido ante el consumo de sustancias nocivas y aumenta el consumo de las mismas, produciéndose lo que algunos autores señalan como banalización de consumo^{48,182}. Esta argumentación justificaría el alto nivel de experimentación con el alcohol que se observó en nuestros jóvenes de 4º de la ESO (90%).

Considerando que el riesgo percibido es un indicador indirecto de la prevalencia de consumo^{202,204}, la baja percepción de riesgo ante el consumo de bebidas alcohólicas justifica la situación actual de alta prevalencia de jóvenes consumidores y aún más de borracheras. Este parámetro ha sido valorado en otros estudios^{108,182,202} que avalan nuestro alto nivel de experimentación con el alcohol (74,3%) y de episodios de borracheras (27,4%).

Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas o negativas que éstas les van a proporcionar, evitando aquellos comportamientos que repercutan negativamente⁷². Sin embargo, a pesar de tener conocimiento de los efectos negativos, los jóvenes de nuestro estudio y los de otros tienden a experimentar con estas sustancias nocivas. Posiblemente los beneficios percibidos predominan ante los riesgos del consumo tal y como la manifestaron nuestros jóvenes mediante su discurso *“Da un vacilón chachi, si no te sube mucho”, “Para divertirse”*. Por lo tanto, mientras que los no consumidores muestran actitudes de resistencia a la experimentación, los consumidores reelaboran las percepciones de riesgo y valoran las consecuencias positivas del consumo²⁰⁸. En otras ocasiones el sujeto no cuenta con

toda la información disponible referida a la sustancia y sus efectos, por lo que la percepción del riesgo que entraña su uso puede verse alterada en gran medida^{152,158,163,316}. Incluso una información errónea alienta la curiosidad e impide valorar adecuadamente los riesgos.

Un aspecto que determina diferencias en la percepción de riesgo es el tipo de droga. En España el consumo de drogas de comercio legal como el alcohol y el tabaco se asocia con un menor riesgo que el consumo de drogas ilegales²⁰³. En términos generales existe una gran tolerancia social al consumo de alcohol y es que a los padres les sigue alarmando más un porro que una borrachera⁴³⁵. Por otra parte, el calificativo droga blanda aplicado a las experimentaciones con el alcohol en los jóvenes, en absoluto responde a la realidad y a las consecuencias de los riesgos sobre la salud derivada de su ingesta abusiva⁴⁴². En el discurso de nuestros jóvenes así lo expresaron *“Lo que es la droguita blanda”*.

Entre las diversas teorías que aportan los expertos³³⁸ afirman que utilizar la dramatización de los riesgos asociado al uso de sustancias no es efectivo, y que los jóvenes tienden a no creer las exageraciones. Sin embargo, en el discurso de nuestros jóvenes proponen iniciativas basadas en el estímulo del miedo *“Hay que asustarlos, igual que se le da caña con lo del Sida”, “Fotos de un pulmón o cortarle un brazo o un pie”*.

En nuestro trabajo al igual que en otras investigaciones²⁰⁴, destacó que entre el 61 y 78% de los adolescentes percibió la existencia de riesgo ante el consumo de estas sustancias por parte de sus familiares, especialmente de sus padres y sobretodo en el caso de los jóvenes no consumidores.

En nuestro estudio, el consumo de tabaco de sus amigos fue percibido como perjudicial, sin embargo la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol de sus amigos fue nula, coincidiendo esto último con otros autores²⁰⁴. Priorizaron el derecho al respeto y a la libertad de decisión por encima del posible riesgo, tal y como expresaron en sus discursos *“Quiénes somos para decirles que no lo hagan”*. Destacó el discurso de los jóvenes consumidores que manifestaban su desacuerdo con los consejos *“En realidad todos tenemos la misma capacidad para saber lo que tenemos que hacer, yo con mi vida hago lo que me da la gana, tu con la tuya también”*. Los jóvenes consumidores no solo se oponen a aconsejar el no consumo sino que incluso suelen incitar al mismo. Sin embargo, resaltó una mayor percepción de riesgo por parte de las chicas no consumidoras que se manifestó en la importancia que

atribuían a los consejos de abandono, *“Sobre todo las amigas. Sobre todo las niñas que no fuman... te dicen ¿por qué no dejas de fumar? Te comen el tarro ¿Por qué esto? ¿Por qué lo otro?”*. Destacó también la actitud protectora de algunas chicas con sus amigos cuando se emborrachaban, *“Me da pena”, “No lo voy a dejar botado”, “Tienes que ayudarles porque es tu amigo”, “No me gusta verlos así”*.

Asimismo y de forma generalizada los jóvenes no consumidores manifestaron en su discurso una mayor percepción de riesgo, optando las chicas por aconsejar acerca de lo positivo del abandono, mientras que los chicos preferían respetar la libertad.

La vivencia que percibieron nuestros jóvenes ante lo difícil del proceso de deshabitación tabáquica en sus padres, *“Mi madre lo dejó y ahora fuma a escondidas”, “mi padre lo dejó un año y después volvió otra vez”*, podría aumentar la percepción de riesgo respecto al inicio de dicha conducta y ayudarles en la toma de decisiones.

El ser fumador pasivo conlleva un riesgo para la salud que no siempre es percibido como tal. Aunque los jóvenes de nuestro estudio demostraron tener conocimientos de ello, sin embargo no se preocuparon de tomar medidas para evitar ser consumidor del humo del ambiente *“Me molesta un poco, pero lo puedo soportar. No voy a decir que no”, “Te dan ganas de decirlo pero te callas para no quedar mal”*.

Por todo ello se consideró de gran relevancia proporcionar información correcta, concreta y no distorsionada para potenciar la percepción de riesgo.

La intervención educativa debe potenciar la percepción de riesgo del consumo, especialmente del consumo de bebidas alcohólicas

La intervención educativa debe potenciar la percepción de riesgo del fumador pasivo

Motivación. La identificación de los valores es primordial para posteriormente incidir sobre las motivaciones que impulsan al consumo. Los motivos evidenciados en diversos trabajos^{156,202,212,213,214,281,443} que propician el consumo de sustancias psicoactivas, responden a una interrelación de variables motivacionales tales como la motivación hedónica, la presión normativa del grupo de iguales, las tendencias socioculturales, la motivación vinculada a la propia experimentación de sensaciones nuevas o como vía de escape a las situaciones vividas por los adolescentes.

Potenciar las motivaciones que llevan a los jóvenes a no consumir dichas sustancias podría ser una estrategia a trabajar. Sin embargo, los jóvenes de nuestro estudio no argumentaron ningún motivo. Los adolescentes que se declararon no fumadores ni consumidores de bebidas alcohólicas insistieron fundamentalmente en no encontrar motivos que les impulsaran a iniciar dichas conductas. Igualmente, son escasas las motivaciones manifestadas en otros trabajos^{153,156,202}. Así, en relación con el tabaco²⁵¹ prevalecen los efectos sobre la salud como el único motivo argumentado, y respecto al alcohol¹⁵⁸ se distribuyen entre evitar problemas de salud, conflictos familiares, pérdida de control y efectos desagradables. La utilización del conjunto de motivaciones identificadas sugirió orientar una parte de la intervención educativa hacia los efectos sobre la salud que derivan del consumo de tabaco y alcohol así como los efectos inmediatos. Además, se incluyeron los efectos sociales como los problemas familiares debidos al consumo de alcohol.

La intervención educativa debe incorporar mensajes motivacionales que magnifique los efectos negativos inmediatos y a corto plazo derivados de consumo de sustancias

En el análisis de las motivaciones que llevan a consumir estas sustancias se comparó las aportadas por los jóvenes consumidores y las percibidas que de ellos tenían los no consumidores, observando que ambas percepciones diferían entre sí.

En nuestro estudio destacaron la curiosidad y el deseo de sentirse mayor entre los principales motivos de inicio en el consumo de sustancias, siendo varios los trabajos^{152,153,217} que coinciden con el nuestro en lo que se refiere a la curiosidad. Sin embargo, son escasos los

estudios cuantitativos que han analizado la variable *“querer sentirse mayor”* o bien se obtuvieron porcentajes bajos. En el análisis de las motivaciones que llevan a consumir estas sustancias resultó interesante comparar las aportadas por los jóvenes consumidores y las percibidas por los no consumidores, observándose que diferían entre sí. En nuestro trabajo, se observó que mientras los fumadores afirmaban que el principal motivo era la curiosidad, los no fumadores percibían que el motivo que les llevaba a ello era el querer sentirse mayores. Dicha situación la ratificaron en sus discursos *“Te tratan como si fueras más pequeño que él y tú le dices ¿a dónde vas?”*. Igualmente lo manifestaron en sus discursos al hacer referencia al consumo de alcohol *“Por hacerse los más guay, el líder del grupo”*. Evidentemente, los jóvenes no consumidores consideraban que la falta de personalidad, la inseguridad e inferioridad era el detonante del consumo. Utilizando los argumentos de los jóvenes que han decidido no consumir dichas sustancias fue aconsejable el desarrollar estrategias que ayuden a los adolescentes a contrarrestar dichas características.

La intervención educativa debe incorporar estrategias para el desarrollo de habilidades personales

El efecto modélico de sus iguales y la presión que ejerce el grupo adquirió mucha relevancia entre nuestros jóvenes, *“Yo empecé a fumar porque mis amigas fumaban y venga, vamos a probarlo y tal... De probarlo me quedé con él”, “Te encuentras mal, a lo mejor porque tus amigos beben y para no ser el diferente quieres beber también tú”*. Múltiples estudios describen resultados similares^{114,133,153,184,223,444}, coincidiendo entre los diversos motivos que lleva a los jóvenes a iniciarse en el consumo de sustancias nocivas, el carecer de habilidades para rechazar la invitación^{153,444,445}, el empezar a fumar con el objeto de ser admitido en el grupo¹⁸⁴ o sencillamente por desear ser amigo del líder fumador¹⁸⁴.

El reconocimiento de los investigadores de la influencia de la presión del grupo de iguales deriva en una propuesta ampliamente aceptada, basada en potenciar la autoeficacia de los jóvenes para compensar dicha presión^{374,446,447,448}. Aunque algunos trabajos¹⁶⁸ señalan que la autoeficacia no manifiesta valor predictivo, no obstante, la mayoría de los estudios

reconocen que los jóvenes pueden empezar a consumir por carecer de capacidad para rechazar el cigarrillo o la copa¹⁸⁴. La valoración de la autoeficacia de los jóvenes de nuestro estudio se realizó mediante el análisis de la capacidad autopercebida para resistir las presiones, mostrando un amplio abanico de habilidades para rechazar el consumo que abarcaban desde decir rotundamente NO hasta adoptar una actitud de disimulo. Sin embargo, se observaron contradicciones entre las manifestaciones de autoeficacia y la descripción de las conductas descritas en sus discursos.

En consecuencia, la intervención educativa necesitó estrategias dirigidas al entrenamiento de habilidades para la resistencia a la presión del grupo^{449,450} y potenciación de su autoeficacia²¹³.

Intervención educativa centrada en el desarrollo de habilidades para superar la presión del grupo

El alcohol ha adquirido un protagonismo como articulador del tiempo libre de carácter social. Los jóvenes manifestaron que se bebe por motivos sociales y para facilitar las relaciones, lo que coincide con el hallazgo de otros estudios^{192,316}. Una motivación importante, es el deseo de buscar sensaciones, concretamente la euforia y la embriaguez^{220,223}. Al igual que otros^{156,223}, los adolescentes de nuestro estudio manifestaron que el principal motivo para continuar consumiendo era la diversión, hasta tal punto que cuando no consumían se aburrían *“Hay gente que no bebe y está ahí amormada”, “A lo mejor tú no tienes ganas de beber, pero después te sientes como deprimida”*.

Otra forma de organizar su tiempo libre es realizando actividades deportivas. Diversos investigadores han observado la ausencia de prácticas deportivas asociadas al consumo de tabaco con una diferencia significativa en la que se observa una mayor proporción de chicos que no practican ningún deporte en el grupo de fumadores^{166,451}. Por lo que practicar algún deporte de manera habitual podría construir un factor protector para el inicio en el tabaquismo. En nuestra investigación, los jóvenes mediante sus discursos expresaron el

abandono del deporte debido a la pérdida de forma física que derivaba del consumo de tabaco.

En consecuencia, la intervención educativa necesitó desarrollar actividades deportivas y lúdicas que permitan a los jóvenes divertirse sin necesidad de consumir alcohol e incluso propiciar un compromiso de experimentar en grupo las salidas sin consumir alcohol.

La intervención educativa debe incorporar habilidades para desarrollar otras formas de diversión

La intervención educativa debe propiciar un compromiso de experimentar las salidas con amigos sin consumir alcohol

Los jóvenes de nuestro estudio manifestaron que se bebe para liberar estrés, lo que coincide con el hallazgo de otros estudios^{156,192,316}.

La intervención educativa debe incorporar habilidades para afrontar el estrés y la frustración

Por último, los adolescentes esperaban que el consumo de alcohol les permitiera mejorar algunos aspectos personales (sentirse bien, confiar más en sí mismo, ser más valiente o relajarse)²²³. Consecuentemente fue necesario incluir en la intervención educativa actividades que les permitiesen mejorar estos estados personales sin recurrir al consumo, haciéndolos partícipes de la inadecuación de su conducta²²³.

La intervención educativa dirigida al desarrollo de habilidades personales

La intervención educativa dirigida a generar motivaciones al no consumo

5.1.2.4. Factores microsociales

Un factor que puede incrementar el porcentaje de jóvenes consumidores es el grado de tabaquismo y consumo de alcohol existente en su entorno cercano constituido por amigos, familiares, profesores, etc. La información al respecto se obtuvo mediante la conducta percibida por los jóvenes. En nuestro trabajo, la percepción de la existencia de personas fumadoras en su entorno fue siempre superior en el caso de los adolescentes fumadores mientras que la presencia de personas consumidoras de bebidas alcohólicas solo fue superior entre los bebedores cuando las personas eran de su misma generación (amigos y compañeros).

Grupo de iguales. La literatura indica que la influencia del grupo de iguales es altamente predictiva para el consumo de estas sustancias^{171,176}, si bien, un pequeño número de trabajos^{117,168}, señala que las influencias sociales no tienen un valor predictivo.

La mayoría de los investigadores refiere que el grupo de iguales parece ser un importante modelo para el consumo de tabaco y alcohol, existiendo correlación entre el tener amigos que fuman y el comportamiento de fumar^{166,200,232} y tener amigos que beben y el consumo de alcohol^{200,229,412}. Nuestro estudio confirma este aspecto ya que la conducta percibida por los jóvenes fue que mientras los fumadores y bebedores creían que más de la mitad de sus compañeros y amigos consumían, los no consumidores pensaban que lo hacía menos de la mitad. Concretamente respecto al tabaco, varios investigadores afirman que la percepción de amigos fumadores predispone al consumo de tabaco¹⁸⁴ con un riesgo de dos a cinco veces superior^{114,167,168} al existente entre aquellos que tienen una menor percepción de amigos fumadores en su entorno. En algunos estudios, este factor es más influyente incluso que el grado de tabaquismo presente en su familia^{114,167}.

Hay que tener en cuenta que la probabilidad de fumar y beber aumenta si el adolescente se integra en un grupo que consume tabaco y/o alcohol, por influencia indirecta

del modelado²¹³ de los compañeros, situación que han vivido los jóvenes de nuestra investigación *“Yo cuando salgo, veo a todo el mundo con la copa en la mano”*. También se incrementa la probabilidad de fumar y beber por la influencia directa de la presión de grupo al instigar al consumo mediante invitaciones explícitas^{208,213,452} *“Cuando estás sola se ponen, venga y tal..., incitando”*. Nuestros jóvenes reconocieron dicha presión al afirmar que frecuentemente habían sido invitados a fumar, procediendo la primera invitación de sus amigos en aproximadamente la mitad de los casos (45%). Respecto al alcohol, aunque anteriormente comentamos que la mayoría bebía en compañía de sus amigos, no obstante reconocieron probar por primera vez el alcohol sin ser presionados (62,6%). Sin embargo, en sus discursos se percibió la presión social al consumo de alcohol, *“A mí me invitan pero si les rechazo, después siguen insistiendo, insistiendo”*.

Hay investigaciones^{226,453} en las que se percibe que parte del efecto puede deberse a un proceso de selección activa de amigos, asociado a su hábito tabáquico y no solo a la influencia directa de tener amigos fumadores. En nuestro trabajo los jóvenes describieron mediante sus discursos dicho proceso *“No se relacionan con los que no fuman”*, *“He llegado a fumar por querer ser igual que ellos”*

Evidentemente, el grupo de amigos es el marco de referencia que ayuda a afianzar la identidad adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales. En el discurso de nuestros jóvenes se observó la fuerza que ejerce la necesidad de ser aceptado por sus iguales *“Ahora digo de no, pero si me quedo sin amigas y otro grupo me acoge y fuman y yo por hacerles el gusto, a lo mejor puedo fumar”*.

Por todo ello, lo importante es combinar la pertenencia a un grupo con el desarrollo de la asertividad necesaria que le ayude a superar la presión que ejerce el mismo, es decir, el desarrollo de la capacidad para plantear y mantener un argumento, una reclamación o una postura desde una actitud de confianza en sí mismo; incluso aunque contradiga lo que dicen otras personas, lo que haga todo el mundo o lo que se supone que está bien.

Esta situación hizo indispensable incluir en la intervención educativa el entrenamiento de habilidades para la resistencia a la presión del grupo, siendo el instrumento aconsejado para ello la potenciación de las competencias psicosociales, especialmente el desarrollo de la asertividad²⁹⁵.

Intervención educativa centrada en el desarrollo de habilidades para superar la presión del grupo

Tiene importantes repercusiones para el diseño de las estrategias de intervención la aceptación de la complementariedad entre la influencia de la presión del grupo y el proceso de selección activa¹⁰¹, por lo que habría que procurar que el adolescente desee realmente resistirse al desarrollo de las conductas y a la implicación en dichos grupos. Por ello se incluyeron actividades dirigidas a dotarlos de los recursos personales necesarios para que la motivación al consumo se pudiese neutralizar.

Intervención educativa centrada en potenciar las motivaciones que ayuden a descartar el desarrollo de la conducta

La familia. Fumar y beber alcohol está bastante extendido en los contextos de socialización más cercanos a los jóvenes españoles, hasta tal punto que se suele comentar que es uno de los privilegios de ser adulto. Por ello, no debe extrañarnos que se empiece a probar y a experimentar a una edad en la que es común la imitación de las conductas adultas⁴⁵⁴.

Los padres son una influencia poderosa en la conducta de sus hijos y en el caso del hábito de fumar pueden actuar como factor modelo. En nuestro estudio, el convivir con familiares que fumaban estaba asociado con el consumo de tabaco, observándose que en el grupo de adolescentes con familiares fumadores fue donde se encontró el mayor porcentaje de fumadores. Estos resultados están de acuerdo con los obtenidos por otros autores^{118,129,166,167,185,200,232} cuando afirman que existe asociación entre los padres y hermanos fumadores y el desarrollo de hábitos tabáquicos en la adolescencia.

Por el contrario y coincidiendo con otros investigadores^{153,200}, no se encontró relación significativa entre la ingestión de bebidas alcohólicas por parte de los padres y el consumo de alcohol de nuestros jóvenes. Sin embargo, el análisis de la conducta percibida de los hermanos mostró una relación con la conducta bebedora de nuestros adolescentes, persistiendo la

fuerza de la proximidad generacional. Por lo tanto, se consideró conveniente incluir a los padres en el programa educativo, principalmente en el abordaje del tabaquismo escolar, para que reconociesen y valorasen su presencia en el entorno familiar como un elemento positivo en la salud de sus hijos y potenciar así su rol ejemplarizante. Además, los padres podrían reforzar la información sobre la salud que reciben sus hijos en los centros escolares.

La intervención educativa debe incorporar a los padres en la intervención educativa potenciando su rol ejemplarizante

Es evidente que ayudar a reducir el porcentaje de padres fumadores influiría sobre la conducta de los hijos. La intención reiterada de abandono del tabaco por parte de los padres y la vivencia en muchas ocasiones de fracaso puso de manifiesto a nuestros jóvenes el carácter adictivo del tabaco. Por ello, se incluyó la oferta de ayuda a los padres que deseen abandonar el hábito tabáquico.

La intervención educativa debe ofertar ayuda a los padres que quieren dejar de fumar

El primer consumo de ambas sustancias, frecuentemente se da con la permisividad paterna^{210,213}. En nuestro trabajo, con respecto al alcohol, un 14,8% de los participantes corroboró dicha situación al declarar que había sido invitado a consumir por primera vez por un familiar, sin embargo, mediante el discurso, este hecho fue más generalizado, “*Yo probé la bebida con mi padre...*”, “*mi padre se trae un cubata y me trae otro a mí*”. Por otra parte, aunque solo un 2,8% de los adolescentes declaró ser invitado a fumar por primera vez por algún miembro de la familia, al analizar sus discursos se observó cómo persiste la invitación por parte de los padres “*Mi madre me lo dio a probar y todo...*”

De manera generalizada los jóvenes de nuestro trabajo manifestaron la ausencia de una prohibición radical al consumo de tabaco y alcohol por parte de los padres. Al igual que en

otros estudios²⁵¹, percibieron que a ellos no les agradarían que consumieran dichas sustancias pero que lo aceptarían en el caso de que fuera así. Si bien, en la actualidad la comunicación entre padres e hijos puede considerarse buena²⁵¹, en lo que respecta al consumo de alcohol y tabaco, en muchas ocasiones los jóvenes ocultan a sus padres la información⁴⁵⁴. En esta línea, algo más de la mitad de nuestros jóvenes manifestó que sus padres conocían su consumo. Posiblemente, para minimizar los conflictos y posibilitar un mayor diálogo, hay veces que la familia muestra una cierta permisividad, que en algunos casos puede ser excesiva, para no caer en el autoritarismo de hace algunos años⁴⁵⁴. El estilo disciplinario de los progenitores resulta decisivo en este sentido, puesto que, en la mayoría de los casos, un equilibrio entre el afecto y la comunicación por un lado, y la disciplina y la supervisión por otro, proporcionan el marco educativo idóneo para unas relaciones paterno-filiales más adecuadas y satisfactorias en nuestra sociedad⁴⁵⁴.

En nuestro trabajo, especialmente los adolescentes no consumidores de bebidas alcohólicas, percibieron la falta de permisividad por parte de sus padres al consumo, siendo puesta de manifiesto dicha situación, con una mayor contundencia, en sus discursos. Sin embargo, aunque los jóvenes bebedores la percibieron igualmente, consideraron que sus padres se veían obligados a ser permisivos *“Toda la vida me ha dicho que no, y a veces me la encuentro por ahí..., Mamá yo no te voy a decir mentiras, yo sé que a ti no te gusta, ¿pero qué quieres?”*, *“Y me coge 20 veces, 20 veces que me va a decir que no, y ella lo sabe, por mucho que me diga...”*. Dicha situación reflejó la dificultad que supone para los padres alcanzar el equilibrio entre ambas dimensiones del estilo educativo, tanto la referida al afecto-comunicación como la relacionada con la disciplina-supervisión⁴⁵⁴.

En contraposición con la baja permisividad que los jóvenes percibieron, destacó que entre nuestros adolescentes casi el 30% reconoció beber en el entorno familiar, el 55% que sus padres sabían que bebían y el 79,5% que en las fiestas familiares prevalecía el consumo de bebidas alcohólicas.

Otro aspecto analizado fue la permisividad por parte de los padres ante el consumo excesivo de alcohol. En este caso, nuestros jóvenes manifestaron de manera generalizada una menor permisividad que les llevaba a organizar estrategias específicas para desarrollar dicho consumo ignorando la prohibición de sus padres *“mamá me voy a quedar en casa de tal”*.

En el caso del tabaco, al igual que ocurrió con las bebidas alcohólicas, aunque reconocieron una baja permisividad ante el inicio de su consumo, expresaron cierta permisividad en el caso de que lo hicieran. Las chicas fueron las que percibieron una mayor permisividad lo cual podría estar relacionado con las cifras más altas de consumo entre las mismas ya que, tal y como afirman diversos autores¹⁶¹, a mayor permisividad, mayor prevalencia de consumo. En otros estudios^{118,455} se demuestra que un mensaje de falta de permisividad hacia el tabaco por parte de los padres o exclusivamente de la madre se asocia a un menor consumo del mismo en el adolescente. Sin embargo, nuestros jóvenes manifestaron que en muchas ocasiones las madres eran más permisivas, ocultando incluso el consumo al padre. En consecuencia, habría que potenciar los mensajes de no permisividad por parte de ambos padres ante el posible consumo de sus hijos.

La intervención educativa debe trabajar la reducción de la percepción de la permisividad familiar

Desde la óptica de los profesores y de los sanitarios de nuestro estudio, el consumo de bebidas alcohólicas se inicia en las salidas a fiestas y a discotecas. Otros autores^{225,255,256} también refirieron esta asociación. En el desarrollo de dicha forma de ocio a edades tempranas están implicados los padres y su nivel de permisividad. Por ello se propuso como uno de los temas a trabajar con los padres, el control de las salidas a determinados ámbitos.

Intervención educativa dirigida a concienciar a los padres sobre la importancia de retrasar las salidas a determinados ámbitos en edades tempranas

Profesores. La presencia de profesores fumadores fue percibida especialmente por el grupo de jóvenes que fumaban. Esta situación se ha confirmado en otro estudio¹¹⁴ en el que se dio el caso de que los fumadores llegaban a creer que fumaba cerca del 70% de los docentes, cuando en realidad consumían tabaco solo 23,1% de los mismos. En principio los jóvenes

deberían desconocer el hábito tabáquico de sus docentes pero en sus discursos manifestaron que los veían fumando en la sala de profesores, identificándolos además por su olor a tabaco. No obstante, en las manifestaciones del profesorado se advirtió la percepción de que cada vez había menos profesores fumadores. Está demostrado que cuando los profesores son fumadores es más frecuente que los alumnos fumen¹¹⁴. Sin embargo, respecto al alcohol no se observó asociación entre los profesores bebedores y la conducta de los jóvenes de nuestro estudio que en su discurso manifestaron desconocer dicho hábito en los docentes.

Según diversos autores¹²⁶, el rol ejemplarizante del profesorado es esencial para la implementación de estos programas, ya que influye sobre la conducta de los estudiantes. En su discurso nuestros jóvenes no reconocieron el papel ejemplarizante positivo de los profesores no fumadores, pero sí hicieron referencia a la influencia ejercida por los profesores fumadores al disminuir su percepción de riesgo, exigiendo que les permitieran también fumar. Debido a estas circunstancias en la intervención educativa fue necesario trabajar la concienciación del rol ejemplar del profesorado.

Intervención educativa dirigida a concienciar al profesorado de su rol ejemplificador

Por otra parte, aunque los profesores fumadores disponían de un espacio para fumar, los docentes no fumadores reconocían tener una actitud permisiva con los compañeros fumadores dentro del centro, aceptando ser fumadores pasivos. Por ello se planteó trabajar por medio de la intervención educativa con los profesores para que tomaran conciencia de su situación de riesgo como fumadores pasivos y ayudarles a desarrollar capacidades para posicionarse y hacer prevalecer sus derechos como no fumadores.

Intervención educativa dirigida a fomentar el compromiso de los docentes de dejar de ser fumadores pasivos

El profesorado es el recurso más importante en el desarrollo de una intervención educativa en la escuela. Está ampliamente documentado que la formación del profesorado mejora los resultados, siendo uno de los predictores más fuertes para una adecuada implementación de los programas. Al contrario que en otros estudios^{165,241}, los docentes de nuestra población negaron la falta de formación y al igual que en otras investigaciones²⁴² la contemplan como una solución, considerando la posibilidad de formación continuada siempre que se desarrollara en horas lectivas. Además hay que tener en cuenta que existe una asociación directa entre los años de experiencia y la expectativa de autoeficacia³⁶³, pero en el momento de la valoración en nuestro trabajo fue posible identificar a los docentes que intervendrían en nuestro programa, por lo que no se pudo precisar su experiencia previa de trabajo en actividades de promoción de la salud. Por otro lado, teniendo en cuenta que para implementar una intervención educativa en el medio escolar es preciso que los docentes estén motivados¹¹⁴, se investigó también este aspecto, encontrando un único factor motivacional, *“la satisfacción de ver que la intervención ha servido a los jóvenes para algo”* sin embargo, dudaban de su capacidad para ello *“¿Cómo motivar a los jóvenes?”*. Por ello, el elemento motivacional que se podría utilizar con los profesores sería también mejorar su nivel de autoeficacia^{456,457}.

Debido a que el grado de implementación de un programa depende de la experiencia y la motivación de los profesores, fue preciso incluir en la intervención estrategias destinadas a mejorar su nivel de autoeficacia al respecto.

La intervención educativa debe incluir estrategias destinadas a mejorar el nivel de autoeficacia del profesorado

A través de las entrevistas los profesores de nuestro estudio describieron un patrón de conducta tabáquica en la población adolescente similar al recogido en los estudios poblacionales¹⁰⁹, sin embargo puntualizaron que entre sus alumnos había un bajo consumo de tabaco, infravalorándolo. Hecho que se repitió al valorar el consumo de alcohol. El carácter erróneo de esta percepción puede llevar a una reducción del tratamiento de estos temas en el

desarrollo de la transversalidad, así como en el control del cumplimiento de la legislación por parte de los jóvenes en el centro educativo. Por ello fue necesario diseñar acciones informativas dirigidas a los docentes sobre el desarrollo de dichas conductas entre sus alumnos.

La intervención educativa debe incorporar sesiones de información al profesorado sobre el patrón de conducta de sus alumnos

Profesionales sanitarios. El profesional de la salud es un agente clave para la promoción y educación para la salud. Su trabajo en atención primaria le ofrece la posibilidad de abordar a un importante número de adolescentes. Se estima que el 75% de los españoles acude al servicio de atención primaria al menos una vez al año⁴⁵⁸, sin embargo no ocurre lo mismo con la población joven que va reduciendo sus visitas conforme se va introduciendo en la etapa de la adolescencia⁴⁵⁹. Dicha circunstancia fue uno de los motivos por el cual los profesionales sanitarios de nuestro estudio reconocieron tener poco contacto con los jóvenes. Por lo tanto, acudir a los centros educativos se convierte en la opción óptima para compartir momentos con los adolescentes y mejorar las oportunidades de trabajar la promoción y la educación para la salud, sin embargo en nuestro trabajo, fue escasa su implicación en los institutos. Coincidiendo con otros autores^{251,319,320}, en el discurso de nuestros sanitarios destacó el profesional de enfermería como aquel que realiza, casi exclusivamente, las intervenciones en la escuela, al mismo tiempo que aborda estos temas con el adolescente en la consulta, aunque con una frecuencia inferior a lo deseada. En consecuencia, se planteó propiciar momentos de encuentro entre el profesional sanitario y los jóvenes, considerando el lugar óptimo para ello, el centro educativo.

Intervención educativa dirigida a potenciar la participación de los profesionales sanitarios en los centros educativos

El conocimiento que los sanitarios manifestaron tener del patrón de consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes de la zona básica discrepó de la información obtenida a

partir de nuestros jóvenes. Así, si bien los datos de nuestro estudio mostraron una prevalencia de consumo de tabaco inferior a la nacional, sin embargo los sanitarios declararon percibir una prevalencia de consumo entre los adolescentes era muy elevada, aunque en nuestra investigación se observó que fue inferior a la prevalencia a nivel nacional¹⁸². Aunque diversas teorías^{100,169} describen el consumo de tabaco como la puerta de entrada al consumo de otras sustancias, manifestándolo así también los jóvenes en nuestro trabajo, nuestros sanitarios no establecieron dicha relación. Respecto al consumo de bebidas alcohólicas reconocieron un desconocimiento de las pautas de consumo entre los jóvenes debido a la escasa asistencia de los adolescentes a las consultas de atención primaria, a la falta de abordaje del tema y a la creencia de la infradeclaración por parte de los jóvenes cuando se le cuestiona sobre el hábito, coincidiendo con otros estudios⁴⁵⁹. También pusieron de manifiesto su percepción de que el consumo de los adolescentes del municipio era moderado, situándolo entre 2 y 3 copas. Sin embargo, dicha cantidad fue considerada excesiva por otros autores^{71,129}, al tratarse del consumo entre jóvenes de 12 a 14 años. Por ello y para potenciar un mejor conocimiento de la realidad de los adolescentes se propuso incluir en la intervención educativa sesiones informativas sobre el patrón de consumo de los adolescentes de la zona básica.

La intervención educativa debe incorporar sesiones informativas sobre el patrón de consumo a los profesionales sanitarios

La situación como fumador pasivo de los profesionales sanitarios fue similar a la de los docentes. Ellos tenían habilitada una sala para fumar en el centro de salud y manifestaron una alta tolerancia con los compañeros fumadores. Por ello fue necesario diseñar acciones enfocadas a aumentar la percepción de riesgo como fumadores pasivos así como a desarrollar capacidades para hacer prevalecer sus derechos como no fumadores.

Intervención educativa dirigida a fomentar el compromiso de los profesionales sanitarios de dejar de ser fumadores pasivos

Entorno escolar. Los docentes de nuestra investigación manifestaron en su discurso haber trabajado temas relacionados con el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas principalmente mediante las tutorías, dinámica utilizada frecuentemente en los centros educativos^{246,457}. Sin embargo, percibieron que la materia que realmente suscitaba interés a los adolescentes era la educación afectivo-sexual, mientras que los contenidos sobre el consumo de tabaco y alcohol tuvieron una menor demanda.

Asimismo, el tratamiento transversal potenciado por la LOGSE²⁶⁰ y desarrollado en múltiples estudios^{246,304}, tan solo fue confirmado en nuestro trabajo por docentes de Ciencias Naturales, Inglés y Lengua, mientras que el resto de profesores lo consideraron como una propuesta a desarrollar. Sin embargo, aunque nuestros adolescentes también hicieron mención a las tutorías y a la asignatura de Ciencias Naturales, principalmente en tercero y cuarto de la ESO, algunos de ellos no recordaban haber trabajado estos temas lo cual podría justificar la necesidad de desarrollar sesiones de refuerzo.

Coincidiendo con otros autores^{181,242}, las dificultades para abordar estos temas manifestadas por nuestros docentes estaban centradas en la sobrecarga del programa curricular, el elevado número de estudiantes, la dificultad de coordinación entre diferentes departamentos y la falta de recursos educativos pues en los libros de texto no se abordaban estos hábitos.

Intervención educativa enfocada a potenciar la transversalidad a través de todas las asignaturas y el plan de acción tutorial

Intervención educativa orientada al asesoramiento del profesorado, la formación del mismo en horas lectivas y el aporte de material didáctico

Uno de los motivos de inicio del consumo de tabaco argumentado por los profesores y profesionales sanitarios fue el paso de los jóvenes de la educación primaria a la secundaria a edades tan tempranas y el consiguiente cambio de centro educativo. El efecto de modelado ejercido por los alumnos mayores fumadores, tanto en el entorno del instituto como en el

propio centro influyó en la decisión de comenzar a fumar. Por ello fue necesario diseñar estrategias en el centro educativo que dificultaran el contacto de los más pequeños con los jóvenes de edades superiores.

Intervención educativa dirigida a fomentar en el equipo directivo la organización de tiempos y espacios diferentes según la edad de los jóvenes

La predisposición de los jóvenes de nuestro estudio a participar en proyectos de promoción y educación para la salud fue positiva, argumentando como condición que las actividades les resultaran atractivas tal y como manifestaron en su discurso “*Si el proyecto que tú nos presentas a nosotros nos atrae, no me importa que esté en el instituto hasta las 5 o las 6 de la tarde o donde sea. Si me atrae, si me atrae, si yo veo que me la voy a comer... entonces no*”. Incluso, nuestros adolescentes propusieron que las intervenciones en este tema deberían de ser desarrolladas por jóvenes de 18 años, es decir, por personas más próximas a su generación, aumentando con ello la credibilidad de los mensajes. Por ello, se decidió incorporar en la intervención educativa la participación de estudiantes como mediadores para promocionar la salud entre sus iguales¹³.

Intervención educativa con la participación de mediadores para promocionar la salud entre sus iguales

5.1.2.5. Factores macrosociales

El contexto macrosocial, de carácter más amplio que los factores que hemos analizado hasta ahora, afecta de una forma importante el desarrollo de la conducta de los jóvenes. Influye en el proceso de socialización y transmisión de valores y actitudes en una época

concreta, por lo que es necesario situarlo en el periodo de realización de la fase I del presente trabajo.

Legislación. Como factor macrosocial, la legislación tiene una gran influencia en el desarrollo de las conductas. En el momento de realización de la fase I de nuestro estudio las medidas legislativas españolas en relación al tabaco, aunque habían avanzado sensiblemente, tenían aspectos notables por resolver. Aún no había entrado en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo²⁶⁷. Por ello hay que tener en cuenta que las comparaciones realizadas con estudios posteriores al año 2006 hay que discutir las con mucha prudencia. La enorme campaña mediática que acompañó a dicha ley pudo haber tenido repercusiones en las pautas de consumo de tabaco en los jóvenes, aunque para afirmarlo se tendría que esperar a la evaluación del impacto de dicha ley.

Durante este periodo, los hechos más relevantes fueron, entre otros, la aprobación en mayo de 2003 del “Convenio Marco para el Control del Tabaco”³⁴ promovido por la OMS, y ratificado, entre otros países por España. A nivel nacional destacó el “Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo para el periodo 2003/2007”²⁶⁵ que constituyó un primer paso en el desarrollo de políticas enfocadas a resolver dicho problema.

En el año 2004, estaban vigentes diversas piezas legislativas^{272,273,460} que regulaban, entre otros aspectos, el consumo de tabaco en lugares públicos, haciendo referencia explícita a la prohibición de fumar tabaco en todos los centros educativos. Algunos de los institutos implicados en nuestro estudio poseían una normativa interna que reforzaba la legislación sobre dicha prohibición. Sin embargo, nuestros jóvenes denunciaron el incumplimiento por parte de los estudiantes del instituto *“En los cambios de hora he querido ir al baño y tengo que irme porque el olor a tabaco no se aguanta”*. Ellos creían que los profesores debían velar por el cumplimiento de la prohibición en el instituto aunque en determinadas situaciones percibían la permisividad de los docentes fumadores ante el consumo de los estudiantes. Por otra parte, los docentes fueron más estrictos con el cumplimiento de la prohibición del consumo de bebidas alcohólicas, regulada por la legislación vigente en la Comunidad Autónoma Canaria^{272,273}. Según manifestaron los docentes en su discurso no dejaban entrar bebidas alcohólicas en el centro educativo, aumentando las medidas de control ante la realización de eventos festivos en el instituto. Los jóvenes de nuestro trabajo confirmaron dicha dificultad,

aunque hicieron referencia a la introducción de otras sustancias “es que es más fácil de pasar”. Otros autores⁴⁶¹ confirman que el hecho de que en el centro haya normas claras es un factor de protección ante el consumo, contribuyendo a reducir la oferta y la presión hacia el mismo. Por todo ello, se propuso aumentar la exigencia de las normativas de régimen interno del centro educativo así como potenciar el cumplimiento de la legislación vigente.

Intervención educativa orientada a desarrollar normativas de régimen interno relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol en el centro educativo

Intervención educativa orientada a reforzar el control de la prohibición de consumir tabaco y alcohol en el centro educativo

La legislación vigente^{273,460} en el periodo de realización de la fase I recoge que “Cada centro tiene la obligación de habilitar espacios debidamente señalizados, donde se permita fumar a los profesores que lo deseen, siempre que estos espacios estén separados de los espacios destinados a los alumnos”. Este aspecto de la ley se cumplía en nuestro estudio en cuanto al espacio físico, sin embargo dicho espacio en la mayoría de los centros podía ser visualizado por los adolescentes. Los jóvenes de nuestro trabajo aludían en sus discursos a “Las humaredas...”. Por ello, potenciar el cumplimiento de la legislación e incluso elevar el nivel de exigencia y declarar el centro libre de humo podría ser un objetivo a alcanzar tal y como plantea el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo para el periodo 2003/2007²⁶⁵. Otro instrumento de apoyo sería la Ley 9/1998²⁷³, de drogodependencias: prevención, asistencia e inserción social, de ámbito autonómico, que contempla en el artículo 22, “Se prohíbe el consumo de tabaco en los centros de enseñanza y sus dependencias”, y en el que a diferencia del anterior Real Decreto, la opción de habilitar un espacio para los fumadores, queda a consideración de la dirección del centro educativo. Llamó la atención que esta propuesta, tanto en el centro educativo como en el centro sanitario, fue muy cuestionada, sobre todo por su gran dificultad ya que el discurso osciló entre la imposibilidad de llevar a

cabo dicha medida y una actitud de tolerancia con los fumadores. Por ello fue necesario planificar acciones en el centro educativo dirigidas a consensuar la decisión de declarar al centro de enseñanza como Centro libre de humo.

Intervención educativa enfocada a declarar el centro educativo Centro libre de humo

Algunos estudios²⁷⁸ ponen de manifiesto que determinadas medidas legislativas influyen sobre la conducta. Durante el periodo de realización de la fase I, la venta de tabaco a menores de 18 años estaba prohibida en Canarias por la Ley 9/1998²⁷³, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias. La mayoría de los jóvenes entrevistados era menor de edad y por lo tanto no debería tener a su disposición cigarrillos. La existencia de fumadores menores de edad, implicaba el incumplimiento de la legislación, corroborada con la denuncia de nuestros jóvenes de la venta a menores por parte de responsables de máquinas expendedoras y comercios pequeños.

Las propuestas por parte de los adolescentes para solucionar estos problemas estaban centradas en aumentar la exigencia de la ley, limitando el consumo de tabaco exclusivamente al aire libre, retirando las máquinas expendedoras de la calle, incrementando el precio del tabaco y aumentando el control en las tiendas y en el instituto. En este caso llama la atención la lógica y el razonamiento de estos jóvenes al considerar evidente lo que a los expertos y políticos les ha costado concretar, pues dichas propuestas se legislan unos años más tarde, en la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo²⁶⁷ y en la última Ley 42/2010 de 31 de diciembre, modificación de la anterior²⁶⁸. Sin embargo, otra propuesta de los jóvenes fumadores se centró en dejar de regular la venta de tabaco y alcohol a menores *“En verdad, si lo piensas, si dejas de prohibir las cosas y los dejas más libres, la gente lo hace menos”*. Diversos autores³³¹ argumentan que el consumo de drogas lícitas ocasiona más muertes al año que las drogas ilícitas. Este elevado número de muertes no se debe a que las sustancias legales sean más peligrosas por su composición farmacológica, sino al resultado directo de su carácter lícito, pues son más fáciles de conseguir. Si se legalizara el tabaco y el alcohol a los jóvenes,

seguramente su consumo aumentaría, con lo que se incrementarían la mortalidad y morbilidad conexas.

Coincidiendo con los resultados de otras investigaciones^{110,200}, el consumo de bebidas alcohólicas de nuestros jóvenes en lugares públicos o en discotecas y pubs puso de manifiesto, al igual que ocurrió con el tabaco, el incumplimiento de la legislación^{272,273} que prohíbe la venta a menores. Los argumentos de los jóvenes bebedores versaron por un lado sobre la facilidad para conseguir la bebida y por otro, acerca de la consideración por encima de la Ley del permiso familiar, con el que decían contar “*Si mi madre me deja, por qué no me van a dejar ellos*”.

Por todo ello, las acciones dirigidas a exigir o controlar el incumplimiento de la venta de alcohol y tabaco a menores están fuera de nuestro campo de acción, pero la opción de trabajar con los jóvenes el respeto a la norma y el trabajo conjunto de supervisión, sí fue considerado.

Intervención educativa dirigida a potenciar el respeto a la norma

Fomentar en el municipio el cumplimiento de la legislación

Accesibilidad a las sustancias. Tal y como se argumenta en el apartado anterior, en nuestro país el carácter de droga legal (tabaco y alcohol) convierte a dichas sustancias en productos disponibles de fácil acceso debido entre otros aspectos a los múltiples establecimientos donde se pueden adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible y el escaso control de la venta a menores²¹³. Diversas investigaciones^{110,203} han puesto de manifiesto que la percepción de fácil accesibilidad a estas sustancias es un factor de alto riesgo en el inicio y mantenimiento de su consumo. En nuestro estudio y coincidiendo con la mayoría de los trabajos revisados^{110,163,203}, los jóvenes percibieron que el tabaco era de fácil acceso, obteniéndolo en máquinas expendedoras y en comercios pequeños. El acceso a las bebidas alcohólicas, también fue considerado fácil. En consecuencia nuestra población presenta el

factor de riesgo anteriormente descrito. Por todo, la intervención educativa incluyó un análisis crítico del incumplimiento de la norma por parte de los adultos así como el respeto a la norma por parte de los jóvenes.

Intervención educativa dirigida a potenciar el cumplimiento de la norma

Publicidad. La publicidad es el resultado de la investigación sobre la psicología de los potenciales consumidores y sobre cómo éstos perciben el producto⁴⁶². Por ello en los anuncios asocian el producto con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la edad adulta, el sexo, la diversión, el riesgo y la aventura, etc. La publicidad constituye una importante fuente de presión social hacia el consumo²¹³. Los jóvenes de este estudio realizaron una reflexión respecto a la posible influencia de la publicidad sobre ellos, sin embargo en su discurso no reconocieron que la misma determinara sus conductas. Hay investigadores que confirman esta percepción al afirmar que la presión de la publicidad está perdiendo importancia¹¹⁴, mientras que otros⁴⁶³ sostienen que es uno de los factores con especial relevancia sobre la decisión de fumar en los jóvenes.

Respecto a la publicidad específica relacionada con el tabaco, nuestros jóvenes manifestaron que no percibían que fuera dirigida hacia ellos. Además, negaron que les influyera en el inicio de la conducta o en el cambio de marca, aceptando que quizás les condicionara el aumento del consumo. Sin embargo, son varios los estudios que demuestran que los fumadores jóvenes consumen las marcas más anunciadas¹⁸⁴, cuyo empaquetado se presenta especialmente atractivo para la gente joven^{184,315}. Así mismo, la inversión anual en publicidad de las compañías de tabaco sigue siendo muy notable.

De la misma manera, en este trabajo los jóvenes expresaron que la publicidad no les había influido para iniciar o mantener el consumo de bebidas alcohólicas, condicionándoles exclusivamente el cambio de marca. Sin embargo, este resultado no coincide con los observados en múltiples estudios longitudinales que demuestran que el volumen de anuncios y de incidencia de los medios de comunicación aumenta la probabilidad de que los jóvenes

empiecen a beber, la cantidad que beben y la cantidad que beben en una sola ocasión⁸². Incluso, demuestran que cinco minutos extra de publicidad de bebidas alcohólicas lleva a un consumo extra de 5 g/día de alcohol entre los mismos.

Además, en otros muchos sentidos, la publicidad, cine, TV, canciones, eventos deportivos, entre otros, bombardean continuamente a los jóvenes con situaciones asociadas al alcohol, usando mensajes y valores de especial relevancia para ellos⁴⁵⁴. La industria está promocionando bebidas energéticas y con agregados de fruta para lanzar mensajes saludable y usando una publicidad que va dirigida al estilo de vida de la juventud, sexo, deportes y diversiones¹⁵⁸.

En el centro educativo estaba prohibida la publicidad tanto de tabaco como de alcohol^{272,273}. Sin embargo, ésta suele ser utilizada para el patrocinio de eventos deportivos o viajes de fin de curso, aspecto no cuestionado por los adolescentes de mayor edad de nuestro estudio y desechado por los más jóvenes.

Los mensajes persuasivos son difíciles de contrarrestar por los adolescentes que en muchos casos carecen de una actitud crítica frente a la publicidad²¹³. La legislación fija los límites de la misma y dificulta que determinados mensajes lleguen a los jóvenes. No obstante, son múltiples las vías de acceso y estrategias que utilizan las empresas para conseguirlo. Teniendo en cuenta todo ello, se consideró fundamental potenciar la capacidad de los jóvenes para desarrollar actitudes críticas frente a la misma.

La intervención educativa debe fomentar el desarrollo de actitudes críticas frente a la publicidad

Disponibilidad económica. El dinero disponible de un adolescente afecta al consumo considerándose un factor de riesgo fundamental¹¹⁹. En esta línea, y utilizando el parámetro de disponibilidad de más de 12 euros a la semana para sus gastos, nuestro trabajo también evidenció la asociación entre dicha disponibilidad y el desarrollo de las conductas en estudio, con un mayor porcentaje de fumadores y de bebedores entre aquellos que contaban con una mayor cantidad de dinero. Muchos trabajos^{118,119,184,256,281} corroboran lo encontrado por

nosotros, incluso utilizando parámetros menos exigentes^{166,167}. Además, al igual que en otras investigaciones¹⁰⁹, observamos una asociación entre la disponibilidad económica y el género con un mayor porcentaje entre los chicos.

Los adolescentes de mayor edad, en sus discursos manifestaron de manera generalizada que, independientemente de las diversas fuentes de obtención de dinero que ellos tenían, disponían de la cantidad necesaria para comprar tabaco y alcohol “*Tres compañeros que reúnan 5 euros a la semana, pues tienen para cogerse una borrachera entre los tres*”, coincidiendo con la modalidad del botellón que han observado otras investigaciones²²⁹. No obstante, no ocurrió lo mismo entre los más jóvenes, que manifestaron que no les alcanzaría el dinero, posiblemente debido a que el poder adquisitivo aumentaba con la edad. Por ello, se consideró necesario por un lado, trabajar con los padres para crear conciencia sobre el riesgo que tiene para sus hijos una alta disponibilidad económica. Por otro, se propuso trabajar con los jóvenes el uso adecuado y productivo de su dinero y su tiempo de ocio.

Intervención educativa enfocada a crear conciencia en los padres del peligro de aumentar la disponibilidad económica de sus hijos

Intervención educativa dirigida a potenciar en los jóvenes la capacidad de hacer un buen uso de su dinero

Precios. Distintas investigaciones muestran que un aumento de los precios supone una disminución del consumo en los jóvenes, mucho mayor que en los adultos⁴⁶⁴. En muchos países europeos hay pruebas que demuestran que encarecer el alcohol, sobre todo por medio de impuestos, reduce el consumo excesivo episódico y por lo tanto las intoxicaciones agudas^{89,158}. En cuanto al tabaco, su precio alto constituye una barrera para el consumo experimental y ocasional²⁸². Sin embargo, ante el aumento de los precios nuestros informantes argumentaron que para rentabilizar el presupuesto semanal trataban de adquirir las marcas

más baratas e incluso comprar un cartón para economizar, aunque reconocieron que dicho sistema generaba en ellos un mayor consumo.

En consecuencia, fue necesario diseñar acciones dirigidas a trabajar los beneficios que pueden obtener los jóvenes al dar otro uso a sus recursos económicos.

Intervención educativa que redirija la inversión de sus recursos económicos

5.2. FASE II. EFICACIA

El nivel de consumo de sustancias nocivas entre los adolescentes y la falta de resultados de los programas escolares a nivel internacional justifica las continuas investigaciones realizadas, especialmente con la finalidad de mejorar la eficacia metodológica de los programas. En este trabajo se discutió la eficacia de nuestra intervención educativa en términos de cambios conductuales, los aspectos metodológicos desarrollados en nuestro programa, aspectos metodológicos implementados en la evaluación.

Respecto a este último punto, diversos meta-análisis han identificado los ECA como el sistema idóneo de evaluación de las intervenciones educativas³³². Dichos ensayos requieren a priori que la distribución de la población objeto de estudio, tanto del grupo intervención como del grupo control, se realice de forma aleatoria tal y como señala la revisión de *Cochrane* “Programas escolares para la prevención del tabaquismo”³⁴⁷. En nuestro trabajo se seleccionó de forma aleatoria el grupo intervención, pero fue imposible encontrar otros grupos con similares características de homogeneidad para poder seleccionar de forma aleatoria el grupo control. Se consideró prioritaria la característica de homogeneidad. Como demuestran otras investigaciones^{246,374,382,465} existe una gran dificultad para realizar una distribución aleatoria de los grupos intervención y control partiendo de la característica común de homogeneidad de los mismos. En el estudio ESFA²¹⁹, solo 4 de los 6 países participantes pudieron llevarla a cabo; otros estudios^{333,375,460} inicialmente realizaron de manera aleatoria la asignación de los grupos, sin embargo algunos de ellos^{333,459} presentaron finalmente diferencias sustanciales entre los grupos intervención y control.

Por otro lado, el sesgo de contaminación que suele producirse al coexistir en determinadas situaciones el grupo intervención y el grupo control en un mismo espacio, como ha ocurrido en otros estudios³³³, se evitó en nuestro trabajo al considerar a cada instituto un grupo, en lugar de seleccionar dentro de un mismo centro unas aulas para el grupo control y otras para el grupo intervención. No obstante, es posible que los adolescentes compartieran lugares y momentos de ocio al vivir en el mismo municipio. En todo caso, los resultados de este trabajo estarían infravalorados pues el grupo control habría recibido indirectamente algún efecto de la intervención.

El HSPP⁴⁶⁶ fija nuevos parámetros de calidad para evaluar las intervenciones desarrolladas en las escuelas. Al considerar que las cuestiones del diseño tienen especial importancia en este campo, uno de los criterios que incluye es que el tamaño de la muestra inicial contemple el agrupamiento y que el análisis tenga en cuenta este aspecto y la deserción. En el presente trabajo, el tamaño de la población al inicio de la intervención educativa reunió unas condiciones numéricas lo suficientemente amplias para que la comparación del grupo intervención y grupo control tuviera validez al finalizar el programa de intervención de cuatro años de duración. Uno de los aspectos que se tuvo en cuenta en dicha previsión fue el fracaso escolar en ese periodo, lo que implicaría una reducción del número de estudiantes que llegaría a cuarto de la ESO sin repetir, es decir la población que recibiría la intervención durante los cuatro años consecutivos. Para dicha previsión se tuvieron en cuenta los datos nacionales recogidos en los estudios PISA 2000⁴⁶⁷ y PISA 2003⁴⁶⁸ que mostraron que el número de estudiantes de cuarto de la ESO que había repetido curso fue de un 25,3% y un 25,2% respectivamente. En nuestro estudio en el año 2009, se observó un elevado número de repetidores en la población de cuarto de la ESO, tanto en el grupo control (70%) como en el grupo intervención (74,8%), evidenciándose una reducción drástica del tamaño de nuestra población, muy por encima de las previsiones iniciales. No obstante, en el estudio PISA 2009⁴⁶⁹ también informan de un aumento del número de repetidores a nivel nacional (un 36%) y a nivel de la Comunidad Autónoma Canaria (un 45%), coincidiendo con ESTUDES Canarias 2008¹⁰⁹ donde el índice de estudiantes que ha repetido curso alguna vez alcanza el 37,7%.

La modificación sustantiva de la propia población causó una reducción de la potencia estadística para poder confirmar con rotundidad la eficacia de la intervención en la modificación de algunas variables como se verá en la discusión de los resultados.

Por otra parte, las pérdidas de sujetos sufridas a lo largo de una intervención de varios años de implementación es una limitación bastante frecuente³⁷⁶. Diversos meta-análisis³⁴⁵ indican que dichas pérdidas tienden a subestimar los efectos del programa, ya que éstas podrían corresponder a sujetos de riesgo que se habrían beneficiado del programa en mayor medida que el resto.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta para determinar el tamaño de la población fue prever una leve disminución de la prevalencia de fumadores, teniendo en cuenta que en

España no se produce un descenso del promedio anual de la prevalencia de fumadores adolescentes desde el año 1994 al 2004¹¹². Sin embargo, al medir la eficacia de la intervención educativa se observó que la reducción de dicha prevalencia en el grupo control fue superior a lo esperado. En una primera valoración se consideró evidente que la puesta en marcha de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo²⁶⁸ constituyó una intervención ambiental que afectó a los jóvenes del grupo intervención y el grupo control por igual, pero tal y como se discute en apartados posteriores, la reducción de la prevalencia a nivel nacional ha seguido una tendencia similar a los años anteriores a la implementación de la ley³⁸⁹. Otro argumento válido sobre la reducción de la prevalencia de fumadores en ambos grupos pudo ser debido al sesgo de contaminación, al coincidir los jóvenes de ambos institutos en zonas de ocio, deporte, etc., dentro del mismo municipio.

En el presente estudio se eliminaron del análisis estadístico a los estudiantes que no habían recibido la intervención durante los cuatro años consecutivos ya que al igual que en otros estudios³⁸⁶, se medía la eficacia de la intervención, es decir la evaluación del programa en una situación ideal. Sin embargo, otras investigaciones reunieron en la evaluación del programa al total de estudiantes, incluyendo repetidores, que no habían recibido la intervención en su totalidad. Dichos estudios miden la efectividad del programa, por lo tanto intentan aceptar la realidad sobre el hecho de que los estudiantes presentan cierta movilidad entre los centros docentes y consideran que hay que contemplarlo en los programas sobre el consumo de sustancias^{374,375,470}.

Otro de los criterios que propone el HSPP⁴⁶⁶ como norma de calidad es realizar un seguimiento. Sin embargo, coincidiendo con otras investigaciones⁴⁷¹, en este trabajo no se pudo llevar a cabo debido a que algunos de los jóvenes del grupo intervención se trasladaron a otros centros para cursar el bachillerato, y la realización de módulos específicos, incluyendo traslados al instituto del grupo control. Además, hay que tener en cuenta a los que abandonaron los estudios al titular en cuarto de la ESO.

5.2.1. Discusión de los resultados

Los resultados de los programas escolares de promoción de la salud en términos de eficacia se muestran fundamentalmente mediante los efectos que la intervención produce

sobre la conducta^{335,336}. Aunque diversos autores^{335,336,472} defienden la necesidad de valorar también los efectos sobre los determinantes de la misma, sin embargo son escasos los trabajos que lo abordan. Además, las últimas tendencias en investigación sugieren medir las formas de desarrollar el programa educativo.

5.2.1.1. Eficacia de la intervención educativa según la modificación de la conducta

Debido a los resultados poco concluyentes descritos en otros estudios^{347,350}, en este apartado se procede a analizar con suma prudencia la eficacia de nuestra intervención, atendiendo en primer lugar a los cambios conductuales.

Teniendo en cuenta los resultados de la Fase II, el presente estudio parece demostrar que nuestro programa educativo consiguió reducir el consumo de tabaco en adolescentes, tras cuatro años de intervención. No se pudo afirmar con rotundidad la eficacia de la intervención al no presentar la variable *fumador* diferencia significativa entre el grupo control y el grupo intervención, aunque la cuasi-significación ($p < 0,1$) y la menor prevalencia de fumadores en el grupo intervención mostró dicha tendencia. Además, la disminución del tamaño de la población redujo la potencia estadística del test utilizado, por lo que, posiblemente con un mayor tamaño de la misma se podría haber confirmado dicha eficacia.

A pesar de que en nuestro estudio la prevalencia de consumo de tabaco descendió en ambos grupos y ésta fue inferior a la prevalencia nacional en el año 2008¹⁰⁹, en la presente investigación se consiguió reducir aún más el porcentaje de fumadores en el grupo intervención (3,7%).

La comparación de estos resultados con los obtenidos en otros programas de intervención hay que realizarla con mucha cautela pues difieren en metodología, edad de la población, tiempo de intervención, modelo implementado, etc. Algunas investigaciones^{375,369,382,465}, independientemente de la metodología utilizada, encuentran prevalencias de fumadores inferiores en el grupo intervención al igual que sucede en este trabajo. Aunque no resulta fácil localizar intervenciones con un diseño similar al nuestro, hay que destacar el programa “Intervención sobre Tabaquismo en Enseñanza Secundaria” (ITES)³⁷⁵, desarrollado en una población análoga en cuanto a nivel académico, duración de la intervención, modelo teórico y comunidad autónoma de procedencia, el cual mide la

efectividad de su intervención obteniendo resultados similares en cuanto a la reducción del consumo de tabaco. Sin embargo, la revisión *Cochrane* de Thomas et al³⁴⁷ señala que sólo en la mitad de los estudios de mejor calidad los participantes del grupo intervención fuman menos que los controles. En la revisión de Müller et al³⁵⁰, se confirman los mismos resultados, y a pesar de que los programas muestran una gran heterogeneidad, la reducción de la prevalencia de fumadores no es concluyente, tan solo es modesta. En este meta-análisis, exclusivamente Botvin et al³⁵⁴ y Johnson et al³⁶⁷ reportan claramente efectos positivos tras la intervención. Otros estudios^{368,473} analizados en esta revisión indican que los resultados son inconsistentes e incluso que los efectos son desfavorables pues se observa un incremento de fumadores en el grupo intervención. En otros trabajos^{246,357,365,366} tampoco se encuentran efectos positivos como ocurre en el HSPP³³⁹ en el que destaca la calidad y la duración de la intervención, así como el rigor metodológico empleado en la evaluación. Este programa incluye 65 lecciones en el aula, implementándose con éxito. Este amplio ensayo tuvo el poder estadístico suficiente para detectar diferencias a nivel de grupos. Sin embargo, no se encontraron efectos de la intervención sobre la prevalencia del hábito de fumar en el momento de finalizar la escuela ni en el seguimiento posterior realizado hasta dos años después de abandonar la misma.

Sin embargo, en nuestro trabajo la eficacia de la intervención educativa quedó claramente demostrada de manera significativa en la reducción del consumo de tabaco entre los chicos. Hay que considerar que aunque la tendencia según género, tanto a nivel nacional^{109,110} como autonómico¹¹³, muestra mayores prevalencias de chicas fumadoras, en Canarias en el año 2008¹¹¹ este dato se invierte. Dicha circunstancia se reflejó también en nuestro estudio con una mayor proporción de chicos fumadores en el grupo control, mientras que en el grupo intervención ésta se redujo a cero tras la implementación del programa educativo.

Igualmente, diversos estudios^{355,363,364}, muestran su eficacia obteniendo resultados similares también entre los chicos, como el proyecto *D.A.R.E. plus Project*, de dos años de duración³⁶³.

Además, nuestro programa educativo demostró haber sido eficaz, de forma significativa, en la reducción de la proporción de jóvenes que afirmó *haber hecho algo más que probar o dar una calada*, con un porcentaje inferior en el grupo intervención. Considerando que dicha variable puede sugerir la proporción de jóvenes fumadores ocasionales durante la intervención, el mayor porcentaje de estos respecto a los que afirmaron ser actualmente fumadores, parece indicar que dichos jóvenes no llegaron a desarrollar el hábito.

En otros estudios^{366,375}, no se trabaja esta variable sino que se aborda el nivel de experimentación, considerando la misma como el *haber probado el tabaco al menos una vez*. Dicha variable tiene un nivel de exigencia menor que la anterior, sin embargo en nuestro trabajo no se demostró la eficacia de la intervención en cuanto a su reducción, mientras que algunas investigaciones obtienen resultados positivos³⁷⁵, y en otras³⁶⁶ desaparecen los efectos en los controles de seguimiento.

Al analizar los efectos de la intervención educativa respecto al consumo de alcohol, se demostró que ésta tiende a ser eficaz entre las chicas bebedoras al observarse una prevalencia inferior en el grupo intervención, aunque con una cuasi-significación estadística ($P < 0,1$). Un mayor tamaño de la población podría haber confirmado dicha tendencia pues posiblemente la reducción de la misma influyó en la potencia estadística del test, al igual que ocurrió en la demostración de la eficacia de la intervención en la disminución del consumo de tabaco.

Por el contrario, otras investigaciones³⁶⁴ muestran la eficacia de la intervención entre los chicos bebedores, como el estudio D.A.R.E. *plus Project*³⁶³. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en dicho estudio, la población evaluada tiene 14 años, edad en la que se suele producir un incremento importante de la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y especialmente entre los chicos.

Igualmente se demostró que la intervención educativa tiende a ser eficaz entre los bebedores regulares al observarse una prevalencia inferior en el grupo intervención, aunque con una cuasi-significación estadística ($P < 0,1$). Coincidiendo con nuestro estudio e incluso obteniendo mejores resultados, el *Healthy Schools and Drugs Project*³⁶⁶ demuestra ser eficaz

para el consumo de bebidas alcohólicas aunque no lo es para el de tabaco. Otro estudio³⁸⁴ realizado en Holanda que combina la intervención en adolescentes y padres, muestra efectos positivos en la reducción del consumo regular de alcohol tanto en el seguimiento al año como a los dos años, al igual que el proyecto EU-DAP³⁴⁰.

Destacó la eficacia de la intervención educativa en la reducción del consumo de riesgo de bebidas alcohólicas. Específicamente, quedó demostrada de manera significativa, la eficacia en relación a la reducción de los adolescentes que habían consumido alcohol durante cuatro días continuados y los que se habían emborrachado en los últimos seis meses. En la revisión de la literatura, no se encontraron estudios en los que evaluaran la variable *consumo habitual discontinuo*. Por otro lado, otros estudios^{340,354} ponen de manifiesto la eficacia de la intervención ante los episodios de embriaguez, tales como el EU-DAP que muestra su efectividad tanto a corto como a largo plazo en su seguimiento a los 15 y a los 18 meses.

También quedó demostrada de manera estadísticamente significativa, la eficacia de la intervención educativa en la reducción de consumo de riesgo entre las chicas, concretamente por la disminución de los porcentajes del *consumo intenso ocasional, tanto alguna vez como en los últimos seis meses*, y los referidos al *haberse emborrachado en los últimos seis meses* en el grupo intervención. Además nuestro estudio mostró una tendencia a la eficacia en otras variables de consumo de riesgo. Se observó una reducción de la proporción de chicas con un *consumo habitual discontinuo* y de aquellas que se habían *emborrachado alguna vez*, en el grupo intervención. En la literatura consultada no se observa efectos positivos especialmente entre las chicas. Destacan investigaciones como el *Healthy Schools and Drugs Project*³⁶⁶ que muestran efectos positivos en el consumo intenso ocasional, pero en ambos géneros. En otros, desaparecen los efectos en el seguimiento³⁸⁴.

El análisis de correspondencia multivariante refuerza este resultado en el grupo de chicas en lo que respecta al consumo de riesgo de bebidas alcohólicas. No sólo permitió observar cómo las categorías relacionadas con hábitos saludables, concretamente con el no consumo de riesgo de alcohol, se encontraban próximas a la categoría *intervención*, sino que además se pudo observar la proximidad de dichos comportamientos entre sí. Todo ello ratifica

la eficacia de la intervención al reducir el consumo de riesgo de alcohol entre el género femenino.

La intervención educativa fue eficaz al conseguir un aumento de la edad media de inicio del consumo de alcohol intenso ocasional entre los chicos del grupo intervención, al comenzar éstos un año más tarde que los del grupo control. Este efecto tiene bastante trascendencia al ser el único parámetro que se consiguió mejorar entre los chicos en relación al consumo de riesgo de alcohol. Diversos investigadores afirman que cuanto más se retrase la edad de inicio existe menor probabilidad de que el joven desarrolle patrones futuros de abuso y dependencia en la edad adulta¹⁴². Asimismo se reduce el riesgo de alteraciones cognitivas¹³⁹, accidentes, episodios violentos y un bajo rendimiento académico, entre otros efectos negativos⁴⁰. No se encontró en la revisión de la literatura estudios que reflejaran la eficacia en dicho efecto.

Evaluar este tipo de intervenciones educativas sobre tabaco y alcohol, realizada con adolescentes supone bastante dificultad. Cuando el criterio de evaluación empleado es el consumo, hay que valorar su progresión en esta población a la hora de evaluar los programas. Por ello, es lógico pensar que la desaparición con el tiempo de los efectos, como el retraso en la edad de inicio en el consumo y/o la reducción de su frecuencia, no tiene por qué reflejar necesariamente la falta de éxito del programa, ya que dichos efectos tienen una gran influencia en la prevención del consumo de otras drogas cuyo inicio se desarrolla evolutivamente más tarde³⁷⁶.

5.2.1.2. Eficacia de la intervención educativa según los determinantes de la conducta

La medición de la eficacia de la intervención educativa mediante la valoración de los determinantes de la conducta se realizó concretamente a través del género, los conocimientos, las actitudes y la percepción de su entorno. Nutbeam³³⁵ así lo propone al considerar los determinantes como elementos esenciales en la medición de la eficacia de la promoción de la salud. Sin embargo son escasos los trabajos encontrados en la revisión que muestran la medición en estos términos.

Las diferencias de género observadas en nuestro estudio, tanto el efecto positivo de la intervención entre los chicos en relación al consumo de tabaco, como la disminución entre las chicas de la prevalencia del consumo de riesgo de bebidas alcohólicas, nos hace reflexionar sobre la necesidad de realizar intervenciones con un mayor enfoque de género, que tenga en cuenta las necesidades, particularidades y especificidades de las mismas ante el consumo de sustancias psicoactivas. En el documento del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías⁴⁷⁴, se recoge que en todos los estados miembros, el trabajo de promoción y prevención relacionado con el género y el consumo de sustancias continúa siendo poco común. Señala que ello es algo sorprendente puesto que está demostrado que las chicas y los chicos experimentan diferentes problemas de desarrollo durante la adolescencia y tienen diferentes recursos a su disposición para afrontar estas dificultades. Dicha situación ya fue identificada en la fase I del presente trabajo al observarse diferentes prevalencias de consumo, creencias y actitudes según el género, sin embargo no se pudo implementar una intervención desde una perspectiva de género como en Alemania, Austria y los países nórdicos, en los que este tipo de intervenciones toma la forma de talleres o seminarios independientes para chicas y chicos. Dichos programas defienden que la separación permite estimular una imagen corporal positiva, desarrollo de la identidad, autoconfianza y competencia en las acciones y evitar la reiteración de los estereotipos de género⁴⁷⁴. En nuestra intervención, realizar una separación de los jóvenes según género presentaba dificultades en su ejecución destacando entre otras, las limitaciones en la organización del centro educativo. Esto derivó en propiciar un programa en el que se tuviera en cuenta dichas diferencias pero implementando las acciones en el mismo espacio físico.

Los resultados de los efectos específicos por género de nuestra intervención se asemejan a los recientemente publicados en el Ensayo EU-DAP “Desconectados”⁴⁷⁵. En la encuesta de seguimiento de dicho estudio, se encontró para los varones una asociación significativa entre el programa y una inferior prevalencia en todos los resultados de salida, pero no en el caso de las chicas y el consumo de tabaco. La edad y la autoestima emergieron como modificadores posibles de estas diferencias de género, pero los efectos no fueron estadísticamente significativos. Como conclusiones, plantean los autores, que los currícula integrales escolares de influencia social pueden funcionar de modo diferente entre chicas y chicos, debido a factores de desarrollo y de personalidad. Además insisten en que los estudios

de la efectividad de la prevención del consumo indebido de sustancias basada en la escuela generalmente han pasado por alto las diferencias de género.

En relación al efecto positivo de nuestra intervención entre los chicos al reducir el porcentaje de fumadores, se puede argumentar, al igual que otros autores⁴¹², que para los chicos el hábito tabáquico ha dejado de ser considerado una conducta transgresora, pasando a ser una conducta normalizada, por lo cual el fumar deja de constituir un estímulo. Dicha circunstancia podría haber propiciado que los chicos estuvieran más receptivos ante nuestra intervención. Sin embargo, la poca eficacia de nuestro programa con las chicas y el consumo de tabaco podría deberse según algunos investigadores⁴¹² a que para ellas el consumir tabaco pasó de ser una conducta socialmente estigmatizada a convertirse en una práctica socialmente aceptable e incluso deseable, reforzado por la opinión⁴⁷⁶ de que en las mujeres las normas sociales ejercen un mayor impacto en la percepción y la conducta, lo cual pudo haber dificultado nuestra intervención. Además las chicas se han ido incorporando al mundo de los chicos y quieren considerar que son iguales aunque sea mediante el consumo de tabaco y han desarrollado una creencia no solo normalizada al respecto sino igualitaria. Otro aspecto que puede explicar la diferencia de respuesta ante nuestra intervención es la diversidad en la percepción de riesgo según el género, pues en ESTUDES 2008 las chicas manifiestan una mayor percepción de riesgo que los chicos en todas las sustancias excepto en el tabaco, única sustancia que los chicos perciben con mayor riesgo que la mujer.

Respecto a las diferencias de género del efecto en el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas observadas en nuestro trabajo, puede influir que el riesgo percibido por las mujeres es superior al percibido por los hombres, especialmente respecto a las consecuencias del consumo de alcohol¹⁰⁹. La percepción de riesgo y el consumo se correlacionan inversamente, por ello los chicos consumen más alcohol que las chicas. Además, reflexionando sobre las argumentaciones anteriores en relación a la normalización del consumo y aceptación social, la sociedad continúa aceptando el consumo de alcohol entre los chicos e incluso el consumo de riesgo, mientras que entre las chicas no está normalizada dicha conducta, apreciándose una carga de negatividad y oposición social. Todo ello podría propiciar una mayor influencia de nuestra intervención en el género femenino.

Al analizar en nuestro trabajo el efecto de la intervención educativa sobre los determinantes cognitivos de la conducta, se observó que fue eficaz al conseguir reducir el porcentaje de compañeros fumadores y profesores bebedores percibidos en el grupo intervención. Dicha percepción podría ser real pues ellos fueron precisamente las personas del entorno que recibieron las acciones de la intervención.

Nuestro programa mostró además algunos efectos positivos sobre los conocimientos, al igual que otros estudios³⁶⁶, destacando en el grupo intervención porcentajes superiores de jóvenes con conocimientos y creencias coherentes. Sin embargo entre los jóvenes del grupo control destacó la falta de reconocimiento del proceso de dependencia del alcohol y la persistencia de mitos relacionados principalmente con el consumo de bebidas alcohólicas.

En diversos estudios^{345,459} se encuentran efectos positivos en las actitudes hacia el consumo, al contrario que en nuestra investigación que no afectó a la intención de los jóvenes de fumar en el futuro, sin embargo se inclinó a demostrar su eficacia ante la intención de consumir bebidas alcohólicas debido a la cuasi-significación ($p > 0,1$) encontrada. Basándonos en el argumento de diversos autores³³³, la modificación de dichas actitudes respecto al consumo de bebidas alcohólicas podría explicar el menor porcentaje de consumidores regulares de alcohol en el grupo intervención en relación con el grupo control.

5.2.1.3. Eficacia de la intervención educativa según la metodología aplicada en la intervención

Resulta oportuno no solo discutir la eficacia en términos de cambios conductuales sino además analizar los componentes metodológicos de la intervención educativa.

Las conclusiones de diferentes meta-análisis^{350,477} aconsejan incorporar a las intervenciones en la escuela variados enfoques y modalidades. Nuestra intervención se fundamentó principalmente en el modelo PRECEDE-PROCEDE para la planificación, y en el modelo de influencias sociales. Son escasos los programas encontrados en la revisión de la literatura^{219,375} basados en el modelo PRECEDE, coincidiendo estos con nuestro estudio en la reducción de la experimentación y consumo de tabaco. La mayoría de las intervenciones también lo utilizan de manera individual o combinado con el modelo de influencias sociales, el cual ha demostrado ser uno de los que más facilita la eficacia de una intervención

educativa^{345,348,355,366,378,478}, demostrando reducir la incidencia, y la prevalencia de fumadores^{356,377,450}. Sin embargo, algunos autores^{345,348,355,366,378,473} argumentan que no todas las intervenciones basadas en el modelo de influencias sociales son igualmente eficaces. Así los resultados obtenidos por el HSPP ponen en duda los efectos alcanzados en otros programas con un diseño menos riguroso³⁴⁷, aunque otros investigadores no aceptan dichos resultados, criticando a algunos aspectos de su metodología^{354,371}. Además, otros autores³⁶⁴ indican que los efectos obtenidos mediante el desarrollo de programas que utilizan este modelo disminuyen con el tiempo.

Por otro lado, las intervenciones menos eficaces son los que se concentran exclusivamente en el conocimiento^{338,345,347,369,379,380,381,382,473}. No obstante, aunque suene contradictorio, las revisiones³³⁸ realizadas sobre el tema plantean que la impartición de conocimientos previos siempre debe ser una parte necesaria de los programas efectivos sobre drogas, aunque el enfoque basado exclusivamente en aportar información no sea suficiente para afectar el consumo de sustancias. En esta línea, nuestra intervención educativa evitó el enfoque exclusivamente informativo, teniendo siempre presente que lo importante es que los conocimientos deben ser relevantes para la realidad social de la juventud. Por ello, en nuestra intervención se priorizó la información sobre los efectos del consumo a corto plazo y los efectos sociales pues tal y como aconsejan diversos investigadores^{338,355}, dicha información debería ser más enfatizada que aquella sobre los efectos a largo plazo para la salud. La clave está en lograr un aprendizaje significativo para lo cual no sólo resulta útil relacionar los nuevos conocimientos con los anteriores, sino también con la experiencia previa y con situaciones cotidianas y reales que favorezcan la construcción de un nuevo conocimiento dotado de sentido¹⁸³. Además, en nuestra intervención se trabajó la información sobre las consecuencias del consumo de sustancias tal y como recomiendan diversos autores⁴⁷⁹ al afirmar que dicha información puede incrementar la percepción del riesgo. Hay que recordar que una baja percepción del riesgo está asociada con un incremento del uso de sustancias¹³⁷.

Otro handicap que hay que tener en cuenta es la falta de credibilidad de determinados mensajes pues los jóvenes tienden a no creer aquello que perciben como exageraciones, especialmente si la información contradice sus propias experiencias⁴⁷⁹. Por ello, en nuestra intervención se propició que dichos mensajes surgieran de los propios jóvenes para aumentar la credibilidad de los mismos.

Además, aportar información exclusivamente sobre los efectos de las drogas, puede ser contraproducente al estimular la curiosidad a probar estas sustancias, percibiendo incluso la experimentación como una aventura emocionante³³⁸. En consecuencia, durante la implementación de nuestras actividades se evitó introducir formas nuevas y diferentes de consumo. Asimismo, ante las intervenciones improvisadas de los jóvenes se propuso al equipo investigador poner énfasis en los efectos negativos y en la no normalización del consumo.

Otra estrategia con influencia del modelo psicosocial es el entrenamiento de habilidades para la vida, considerada el máximo exponente de los programas de mejora de competencia^{72,327,340,355,375}. Nuestra intervención educativa incluyó el desarrollo de habilidades sociales y habilidades personales. Al igual que en otras investigaciones las habilidades que más se trabajaron en el programa fueron la asertividad, las habilidades de comunicación y las habilidades de resistencia a la presión de los iguales. Además del desarrollo de habilidades en la toma de decisiones, el establecimiento de metas, la auto-eficacia y el auto-control.

Al igual que en nuestro trabajo, otras investigaciones trabajan actividades dirigidas a la formación en habilidades para la vida, obteniendo resultados positivos. Entre ellas destaca el EU-DAP³⁴⁰, un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico en el que participaron unos 7.000 escolares de 12 a 14 años de edad en siete estados miembros de la UE. El programa utilizado por EU-DAP, llamado *“Unplugged”*, impartido en 12 sesiones, consigue una reducción significativa del riesgo de consumo de tabaco y alcohol al cabo de un año. En su seguimiento se comprueba que, 15 meses después de la intervención, el efecto del programa se mantiene, observándose una menor frecuencia de casos de embriaguez entre los participantes. Los efectos beneficiosos persisten en el seguimiento realizado a los 18 meses en cuanto a los episodios de consumo excesivo de alcohol, mientras que el efecto en el consumo diario de tabaco se ha desvanecido. Este proyecto ha permitido a los investigadores europeos y estadounidenses realizar un análisis en paralelo con EU-DAP, explicando la manera en que los niños y adolescentes responden a la intervención en diferentes contextos, sugiriendo que la influencia diferencial del género, el contexto social y las características psicológicas deben ser objeto de un análisis específico³²⁸.

En esta misma línea uno de los programas más extendidos es el denominado Programa de Entrenamiento de Habilidades para la Vida³⁵⁵. La evaluación de su eficacia muestra, después

de tres años, efectos positivos entre los jóvenes que reciben la intervención con un menor porcentaje de fumadores, bebedores y borracheras que en el grupo control. Es bastante conocido en España debido a que se realizó una adaptación del mismo, dando lugar al programa escolar “Construyendo salud”. Consiste en un currículo de 12 unidades que se desarrolla a lo largo de 15 sesiones, pudiendo ser integrado en cualquier área del currículo escolar. Este programa trabaja con los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión de los anuncios publicitarios, manejar situaciones generadoras de ansiedad, comunicarse de forma efectiva, mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada, entre otros aspectos.

Por otro lado, diversos autores^{346,480} señalan que el grado de efectividad de este tipo de programas, basados en el modelo de influencias sociales está sobreestimado, promoviéndose como más eficaces de lo que realmente son, sin embargo reconocen que es uno de los pocos programas que ha demostrado la evidencia de su impacto positivo, aunque sea limitado.

Concretamente, en nuestra intervención se potenció el desarrollo de habilidades de resistencia a la presión del grupo apoyándonos en otros programas^{374,446,447,448} que consideran que es uno de los factores más importantes para evitar el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

La educación normativa, otra de las estrategias utilizadas en nuestra intervención, y cuya eficacia está ampliamente demostrada^{331,355,462}, busca socavar las creencias populares de que el consumo está generalizado y es aceptable. Al igual que en el programa “Unplugged”⁴⁶⁶, nuestra intervención fomenta entre los jóvenes el cuestionamiento de la veracidad de las normas relativas a la aceptación y a las creencias en materia de prevalencia de consumo de tabaco y alcohol, alcanzando en su evaluación algunos cambios.

Sin la aportación de datos científicos es difícil erradicar la creencia normativa pues tal y como describen otros autores^{114,153,168} y como se pudo observar en la fase I de este trabajo, los jóvenes consumidores perciben que la mayoría de las personas desarrollan dichas conductas. Por ello se consideró fundamental en nuestra intervención el desarrollo de acciones dirigidas a comparar las prevalencias reales con las percibidas por ellos, así como la emisión de mensajes subliminales sobre la prevalencia de no consumidores.

Sin embargo se observan problemas cuando los datos de prevalencia funcionan en la dirección opuesta a los propósitos del programa educativo, como sucede con el alcohol a medida que aumenta la edad de los jóvenes²³⁸, debido principalmente a que su consumo ha pasado a ser un componente social esencial del tiempo de ocio de los adolescentes. Asimismo, la importante tolerancia social existente y la escasa percepción del riesgo asociado a su ingesta han contribuido a la generalización del consumo y a una normalización de esta conducta^{156,193}.

Continuando con la discusión sobre los efectos de nuestra intervención se pueden analizar varias cuestiones. El presente trabajo ha abordado conjuntamente dos sustancias, el tabaco y el alcohol. Sin embargo, existen investigadores²³⁸ que informan que los programas antitabáquicos y antialcohol son más efectivos individualmente que los programas dirigidos a multi-sustancias. Además argumentan que las intervenciones educativas deben desarrollarse para cada tipo de sustancia debido a que la etiología del consumo es diferente²³⁸. En nuestro estudio, sin querer obviar dichos antecedentes, se consideró tanto la diversidad de motivaciones como las diferencias etiológicas existentes entre ambas conductas, al mismo tiempo que se consideraron aspectos comunes como el desarrollo de habilidades en la toma de decisiones, habilidades sociales y personales así como la utilización de una misma actividad para alcanzar objetivos comunes a ambas sustancias. Además, tal y como sugiere la OMS¹³, se consideró en primer lugar la edad de inicio para cada una de dichas sustancias, el daño que ocasionan, así como las prevalencias de consumo. Por todo ello, el desarrollo del programa se orientó en primer lugar al consumo de tabaco, al ser la sustancia consumida en primer lugar por los adolescentes y posteriormente, al consumo de bebidas alcohólicas al mostrar los jóvenes las prevalencias más altas. Respecto al daño que ocasionan dichas sustancias se consideraron ambas de alto riesgo para la salud justificado por los datos aportados en el marco teórico.

En la revisión bibliográfica^{481,482} ha sido difícil concretar el concepto de sesiones de repetición que ha utilizado cada estudio individualmente. Las diversas acepciones del término van desde estrategias de repetición hasta continuar con sesiones después de la finalización del estudio. En nuestra intervención se consideró sesión de repetición a la emisión de mensajes repetitivos, a la alusión a las actividades desarrolladas en años anteriores y al desarrollo de actividades diversas pero con un objetivo común. Aunque nuestro trabajo abordó ambas conductas desde el principio, profundizó más en tabaco en el primer ciclo del programa.

Posteriormente se realizaron sesiones de repetición o reforzamiento, intercaladas e infiltradas en actividades enfocadas hacia el consumo de bebidas alcohólicas, desarrollándose especialmente en 3º y 4º de la ESO. La literatura consultada^{325,363,483}, muestra que la utilización de sesiones de repetición resulta eficaz.

La duración de la intervención educativa, así como el momento idóneo de medición de la eficacia han sido muy discutidos y evaluados en múltiples estudios pero los resultados son contradictorios. En nuestro trabajo se identificó que la intervención de cuatro años de duración sirvió como un factor de protección para algunas variables relacionadas con el consumo de tabaco y el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas, quedando fortalecido por los resultados obtenidos del programa ITES³⁷⁵ en los que se observa con controles anuales que a medida que aumentan los años de intervención, se obtiene mejores resultados. Si bien diversos trabajos^{355,367} reportan efectos positivos, todo esto se contradice con la pérdida de la eficacia obtenida en ensayos controlados de larga duración^{355,339,368,370,373}. Así y todo, la OMS¹³ afirma que es importante que los programas sean sostenidos a través del tiempo para conseguir la efectividad del cambio de comportamiento, coincidiendo con diversos meta-análisis³⁵⁰, en que múltiples estudios con una duración de más de 36 meses han demostrado su efectividad^{326,478,484,485,486}.

Por otro lado, en estudios que utilizan intervenciones cortas y que obtienen buenos resultados justo al finalizar la intervención⁴⁵⁹, estos desaparecen cuando ha pasado un periodo de tiempo^{333,348,487}, tal y como se demuestra en las evaluaciones de seguimiento³⁴⁰. Los meta-análisis presentados por Tobler^{345,488} concluyen que el impacto en la conducta de los adolescentes suele ser pequeño y persiste un año después de la intervención. Algunos autores explican los bajos resultados de las intervenciones en tabaco de corto tiempo debido a que el uso esporádico de esta sustancia lleva a la dependencia, motivo por el cual con el tiempo vuelven a su consumo⁴⁸⁹. El mismo razonamiento podría explicar que una intervención de larga duración ayudaría al joven a persistir más tiempo en abstinencia y superar la dependencia, y por otro lado se evitaría el inicio del consumo de un grupo importante de la población. De hecho, el presente trabajo encontró eficacia en la reducción de la variable *haber fumado*, pues el tratarse de una intervención prolongada en el tiempo podría haber ayudado a los adolescentes que habían dejado de fumar a mantenerse en su nuevo estatus de no fumador.

Sin embargo, algunas revisiones sistemáticas y meta-análisis concluyen que no hay evidencia de la eficacia de intervenciones a largo plazo realizadas en las escuelas^{347,350}.

Las diversas conclusiones obtenidas en estos estudios se comprenden si tenemos en cuenta que estamos trabajando con una población que no tiene patrones conductuales instaurados sino que los están desarrollando en este periodo. Cada año es un cambio y la intervención debe ir adaptándose a ello, tratando de conseguir que no se inicien y que no pasen a ser consumidores los que experimenten. En el presente estudio se tuvo en cuenta la definición de adolescente como una etapa de cambio y por lo tanto no sería aconsejable finalizar una intervención en un corto espacio de tiempo. Además, como la consolidación de los estilos de vida tienden a ser duraderos, para lograr un cambio permanente es necesario aplicar un enfoque a largo plazo. Por ello, la intervención nunca debe ser un hecho puntual, tiene que estar mantenida en el tiempo.

Otro punto importante es el desarrollo de la interactividad en el programa, aspecto priorizado en nuestra intervención educativa, debido a los beneficios demostrados en estudios recientes^{345,366}.

Debido a la influencia que tienen en el desarrollo de la conducta de los adolescentes la familia, los grupos de iguales, la escuela y la comunidad, se diseñaron acciones con la implicación de dichos grupos, constituyendo otros de los aspectos metodológicos a discutir.

En cuanto a la implicación de los jóvenes en el programa, como mediadores, son múltiples los trabajos que incorporan al grupo de iguales, aunque continúa siendo difícil concretar su eficacia³⁸⁴. Diversos investigadores razonan que los pares pueden influir en sus iguales más que otros mediadores, sin embargo, la evidencia todavía no es concluyente. Nuestro grupo que se autodenominó “Voluntariado juvenil de la salud” se puede equiparar a los organizados en diversos trabajos, como “*Youth action teams*” del proyecto D.A.R.E.

Algunos trabajos sugieren que los jóvenes que participan en actividades requieren de un alto nivel de liderazgo para ejercer su influencia, lo cual no es muy común en este grupo de edad⁴⁹⁰. Contrariamente, en nuestra intervención los jóvenes que se ofrecieron voluntarios para desarrollar actividades no destacaron por su liderazgo ni por su alto rendimiento

académico. No obstante, actualmente, se plantea que la interacción entre pares y no la presencia de líderes, es el componente clave de este tipo de programas. Por ello la intervención se diseñó con un alto nivel de participación. En base a este criterio sería necesario invertir mucho tiempo para interactuar e intercambiar ideas durante las actividades dirigidas a la tarea.

Se percibe que hay consenso en la importancia del entrenamiento de los facilitadores³⁸⁴, motivo por el cual en nuestra intervención se programaron sesiones formativas con el grupo de voluntarios en las horas del recreo.

Por otro lado, la oferta de participación a los familiares en la escuela es una constante que va en aumento, sin embargo los estudios de evaluación de dichas intervenciones no ha alcanzado el número deseado. Hay que destacar no obstante, que los resultados de los trabajos^{357,483,485} que han combinado dicha intervención con la realizada en la escuela han demostrado su eficacia a largo plazo. Así y utilizando diferentes metodologías, diversas investigaciones permiten tener en consideración la importancia de las intervenciones con la familia. Entre ellas, la desarrollada en los Países Bajos que con un programa combinado escuela-padres ha conseguido reducir el consumo de alcohol³⁸⁴. Otros han disminuido la prevalencia de fumadores mediante sesiones conjuntas entre padres e hijos⁴⁹¹ y algunos aunque no llegaron a mostrar significación estadística han conseguido una reducción de la prevalencia de fumadores³²⁵. No obstante, muchos de los autores citados hacen mención a la dificultad que supone distinguir la influencia del componente familiar sobre los efectos de la intervención general^{3325,326,357,485}, argumentación con la que coincidimos.

Las estrategias empleadas han sido variadas destacando la información a los padres, mejorando la comunicación entre padres e hijos y fortaleciendo la relación padre-escuela. En nuestro caso, se desarrollaron sesiones informativas y de sensibilización sobre la situación de sus hijos respecto a estas conductas y de concienciación acerca de la importancia que tienen como agentes de salud para ellos. Otros investigadores manifiestan que aunque exclusivamente se trabaje la información sobre la situación real y presentación del programa, como en nuestro caso, los padres desarrollan una mayor conciencia respecto a estos hábitos³³³.

En nuestra intervención las acciones con los padres se planificaron en base a los resultados de la fase I, siendo el dato evaluativo de mayor trascendencia la acción participativa del equipo directivo del centro al proponer la organización de una “Escuela de padres”. Sin embargo y al igual que en otros estudios^{492,472} se constató la dificultad para motivar y realizar un trabajo continuado con los padres y la baja tasa de participación de las familias en los programas de prevención del consumo de sustancias.

Asimismo, nuestro programa también ofertó sesiones de deshabituación tabáquica a los padres en horario de tarde, pasando del nivel informativo al desarrollo de habilidades.

La implicación de los profesionales de atención primaria es otro componente de nuestra intervención a discutir. Su participación en un programa educativo en la escuela no ha sido objeto de estudio en la mayoría de los trabajos enfocados a medir su eficacia^{251,333}. De manera genérica, en los meta-análisis^{347,350} se comparan las diversas intervenciones sin discriminar al profesional que las ejecuta, sin embargo debería ser otro componente a tener en cuenta a la hora de medir la eficacia de un programa educativo. En nuestra intervención, el personal investigador, asumió el papel del profesional sanitario enmarcado dentro de la actividad de los equipos de atención primaria y concretamente del profesional de enfermería de referencia del centro intervención tal y como sugieren diversos investigadores⁴⁶⁵.

En la revisión de la literatura, aunque son escasos los estudios localizados^{459,493,494}, se ha puesto de manifiesto la eficacia de las intervenciones que incluyen a dichos profesionales, mostrando al igual que en nuestra investigación, una reducción de la prevalencia de fumadores en el grupo intervención. Sin embargo, también se observan resultados negativos en algún estudio⁴⁹⁵ en el que se incrementa incluso el porcentaje de fumadores. Por otro lado no se han encontrado estudios que aborden el consumo de bebidas alcohólicas y hayan sido dirigidos por profesionales sanitarios.

Ya que uno de los objetivos de nuestro programa fue potenciar la implicación del profesional sanitario en la promoción de la salud en la escuela, se presentó el programa al equipo de salud para potenciar la sensibilización sobre estos temas y la población adolescente.

Teniendo como punto de partida el desarrollo de la educación para la salud por el profesorado bajo la modalidad de la transversalidad, las acciones seleccionadas por el profesional sanitario como agente de salud en este trabajo, incluyeron intervenciones

programadas en el aula utilizando el sistema tutorial o colaborando en la implementación de unidades didácticas en las asignaturas; intervenciones puntuales con motivo de efemérides e intervenciones basadas en el asesoramiento y formación al profesorado. Destacó sin embargo, que al contrario que en otros estudios^{165,241}, nuestra población de profesores negó carecer de formación, y tan solo contempló la posibilidad de formación continuada en horas lectivas. Por ello y debido al reconocimiento generalizado en múltiples trabajos⁴⁹⁶ de la necesidad de inclusión de un apartado de entrenamiento del profesorado en la mayoría de las intervenciones que han demostrado su eficacia, llevamos a cabo un sistema formativo encubierto en las sesiones de tutoría, en las sesiones de departamento y mediante la ejecución de las actividades. Se esperaba que el desarrollo de esta experiencia de aprendizaje a lo largo de los cuatro años optimizara los resultados de este tipo de intervenciones en el futuro, como han descrito algunos investigadores²⁴⁶. Para contribuir a ello se debe utilizar el elemento motivacional para mejorar su nivel de autoeficacia^{253,457}, potenciando la ayuda en el desarrollo de habilidades, haciéndolos sentir parte del proyecto, implicándolos en la toma de decisiones, facilitando la implementación de la intervención educativa, eliminando barreras como la falta de tiempo, de recursos, cambio de estilo de enseñanza, etc. Sin embargo, hay que tener en cuenta que dicho proceso de formación acumulativo se puede ver dificultado por la movilidad de los docentes entre los diversos centros educativos a lo largo del periodo de intervención.

Algunos investigadores³³³, han comparado la eficacia de la intervención educativa según que el profesional implicado sea docente o enfermero, resultando más eficaz la del profesional sanitario. Dichos autores argumentan que las diferencias pueden deberse a la falta de motivación y a la sobrecarga de trabajo del profesorado y al carácter de novedad que supone para los alumnos la presencia de un agente externo en el aula. Otros autores³¹⁹ sugieren una reflexión de la comunidad educativa de modo que todos actúen de manera coherente, en colaboración con los profesionales de atención primaria.

Los profesores de nuestro estudio mayoritariamente aceptaron participar en el programa mostrándose dispuestos a realizarlo, coincidiendo con diferentes publicaciones^{241,466,497}. Al analizar el desarrollo de los contenidos transversales, se observa que se desarrolló sobre todo en materias que, en principio tenían una mayor dificultad como Matemáticas, Inglés o Lengua, frente a asignaturas como Ciencias Naturales que por su relación con la salud son *a priori* de menor dificultad. Lo mismo sucedió al analizar las áreas a

las que pertenecían los tutores más implicados en la intervención. Ello demuestra que la participación ha estado más relacionada con la actitud de los profesores que con la materia a impartir, por lo que de acuerdo con otros autores^{246,496}, para promover la implementación efectiva de los programas es preciso incluir componentes explícitos de motivación de los profesores.

Una revisión crítica de los programas desarrollados en España permite concluir que la mayoría tiene una implementación deficiente, ya que son introducidos en los centros escolares y no surgen de éstos, por lo que en numerosas ocasiones los profesores lo perciben como una imposición administrativa²⁴⁶.

Hay que destacar la incorporación de medidas ambientales durante el desarrollo de la fase II de nuestro trabajo, como fue especialmente la aprobación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Entre las principales líneas articuladas en dicha Ley se encuentran la regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco y de manera indirecta el control de la prevalencia del consumo. Esta ley entró en vigor coincidiendo con el inicio de nuestra investigación, quedando expuesta a ella tanto el grupo intervención como el grupo control, pudiendo ser uno de los determinantes de la reducción de la prevalencia de fumadores encontrada en ambos grupos. Para poder afirmar la influencia de la misma resulta necesario recurrir a evaluaciones nacionales que analicen las tendencias de las prevalencias de tabaquismo en los jóvenes. En la revisión de la literatura algunos autores³⁹⁰ afirman que tras más de tres años de su entrada en vigor hay elementos que sugieren un impacto positivo en la prevalencia del consumo al observarse un declive creciente del tabaquismo adolescente. Sin embargo, también hay datos sugerentes de descenso ya en periodos anteriores. Otros investigadores³⁸⁹, incluso son más rotundos al afirmar la inexistencia de un cambio de tendencia a partir de la introducción de la Ley. Retornando a nuestro trabajo se observó una reducción de la prevalencia del grupo control similar a la evolución nacional, sin embargo en el grupo intervención se apreció un fuerte descenso de la prevalencia de fumadores que en el caso de los chicos llegó a ser cero, demostrando así la eficacia de nuestra intervención.

Con respecto al alcohol a nivel nacional también se ha observado una tendencia descendente en la prevalencia del consumo. En las tendencias descritas en ambas conductas pueden haber influido otros aspectos ambientales como son las intervenciones sobre drogodependencias, tanto estatales como autonómicas, sin olvidar la puesta en marcha de los planes específicos de prevención del tabaquismo³⁸⁹.

Por último, entre los factores que intervienen en el desarrollo del hábito tabáquico y del consumo de bebidas alcohólicas se encuentra la publicidad cuya influencia está demostrada en múltiples estudios^{89,116,213,276,463}, aunque los adolescentes no la perciben como tal¹¹⁶. Concretamente, la eficacia de la limitación de la publicidad respecto al consumo de ambas sustancias está relacionada con la modificación de las creencias normativas³⁵², tanto a nivel individual como grupal²³⁸. Por ello, debido a las escasas restricciones publicitarias derivadas de la legislación sobre tabaco y bebidas alcohólicas dirigidas a los jóvenes, al inicio de la fase II de esta investigación, nuestra intervención educativa incluyó actividades enfocadas a que los adolescentes desarrollasen actitudes críticas contra la publicidad. Exponer las tácticas de la publicidad de alcohol y tabaco, enseñar los contra-argumentos a esos mensajes y corregir las falsas percepciones constituyen potencialmente una poderosa estrategia para cambiar el consumo entre los adolescentes. Otros trabajos⁴²⁴ que como en nuestro caso también han desarrollado programas educativos incluyendo entre sus acciones el abordaje de la influencia de la publicidad, no sólo demuestran su eficacia en el reconocimiento de la existencia de una publicidad engañosa⁴⁵⁹, sino que además reducen el consumo de sustancias y la intención de su consumo entre los adolescentes⁴⁵⁹, al igual que ocurrió en nuestra investigación.

6. CONCLUSIONES



6.1. Fase I: Diagnóstico de la situación

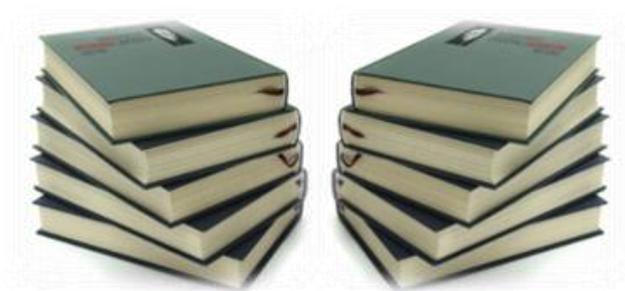
1. Aproximadamente la quinta parte de los adolescentes era fumadora, siendo superior la proporción entre las chicas. El patrón más frecuente fue el de fumador diario, destacando también en el género femenino. Casi la mitad de la población consumía alcohol, principalmente de manera ocasional. La prevalencia de ambas conductas aumentó con la edad, destacando que dos tercios de los estudiantes de cuarto de la ESO eran bebedores.
2. Los jóvenes se iniciaban en primer lugar en el consumo de tabaco, en torno a los 12 años, comenzando a experimentar con el alcohol antes de haber transcurrido un año y de manera más precoz en los chicos. En primero de la ESO, aproximadamente la mitad de los adolescentes ya había probado las bebidas alcohólicas, aumentando a casi la totalidad en cuarto de la ESO. La mitad había probado el tabaco en este curso.
3. Una notable proporción de adolescentes había llevado a cabo algún tipo de consumo de riesgo de bebidas alcohólicas, incrementándose ésta con la edad y siendo más frecuente entre los chicos. La edad media de la primera borrachera fue de 13,9 años y la forma más desarrollada fue el *binge drinking* o atracón, por más de dos tercios de los jóvenes de cuarto de la ESO.
4. Los adolescentes eran bebedores de fin de semana, consumiendo principalmente bebidas de alta graduación tipo combinados y licores, en verbenas y fiestas de amigos.
5. Los jóvenes mostraron mejor formación respecto al tabaco que al alcohol, destacando los conocimientos erróneos especialmente relacionados con los efectos de estas sustancias según la edad y la veracidad de los mitos.
6. Los varones y los bebedores presentaban en mayor proporción creencias erróneas respecto al alcohol. Destacó la normalización del consumo de ambas sustancias, especialmente entre los chicos y el principal motivo para consumir fue para sentirse mayor.
7. La proporción de jóvenes que manifestó su intención de beber algún día duplicaba a la que declaró su intención de fumar. Una gran parte de la población consumidora expresó su intención de abandonar el tabaco, mientras que sólo una minoría se planteó dejar de beber y menos de la mitad dejar de emborracharse.
8. Los fumadores y los bebedores tenían una mayor disponibilidad económica, aunque todos consideraban que contaban con recursos suficientes para adquirir estas sustancias.

9. En su entorno, la presencia de consumidores de tabaco fue percibida en mayor proporción por los adolescentes fumadores, mientras que los bebedores solo percibieron a más consumidores de bebidas alcohólicas entre los de su misma generación.
10. El grupo de iguales ejerció una clara presión a iniciarse en el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas, aunque la efectuada para el consumo de estas últimas no fue reconocida por los consumidores.
11. La postura familiar ante el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas fue percibida por los adolescentes como permisiva, aunque si bien el tabaco generaría un rechazo inicial por parte de sus padres, en el caso del alcohol, la preocupación estaría centrada en la cantidad consumida.
12. El entorno escolar y especialmente los profesores fumadores mostraron una cierta permisividad ante el consumo de tabaco en el centro educativo, no asumiendo éstos su rol de ejemplaridad.
13. Aunque el profesorado argumentó su intención de desarrollar acciones educativas sobre el consumo de tabaco y de alcohol, las dificultades se centraron en condicionar el tratamiento transversal de estos temas a la motivación individual de los profesores.
14. Los profesionales sanitarios de la zona básica mostraron dudas respecto al desarrollo de estos hábitos entre los adolescentes, expresando dificultades para abordarlos en el centro de salud y poca disposición para emprender acciones educativas en la escuela, argumentando el escaso apoyo del equipo directivo y la gerencia de atención primaria a este tipo de acciones.

6.2. Fase II: Eficacia de la intervención educativa

1. La intervención educativa resultó eficaz al reducir el consumo de tabaco entre los chicos y mostró una tendencia hacia la eficacia en la población global.
2. La intervención educativa resultó eficaz al disminuir a nivel global los fumadores ocasionales y aquellos que en algún momento hicieron algo más que probar el tabaco.
3. Respecto al consumo de riesgo de bebidas alcohólicas la intervención educativa resultó eficaz al disminuir el consumo habitual discontinuo y las borracheras recientes. En el caso de las chicas, demostró su eficacia en lo referente al consumo intenso ocasional tanto alguna vez como recientemente, y a las borracheras recientes, mostrando una tendencia a la eficacia en lo relativo al consumo habitual discontinuo y a las borracheras ocasionales.
4. En el caso de los chicos la intervención fue eficaz al aumentar la edad media de inicio en el consumo intenso ocasional de bebidas alcohólicas.
5. La intervención mostró una tendencia a la eficacia al reducir el consumo regular de alcohol en los adolescentes, y al disminuir la proporción de bebedoras.

7. BIBLIOGRAFÍA



7.1. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.
- ² TNS Opinion et Social. Eurobaromètre standard 72: l'opinion publique dans l'Union Européenne. Bruxelles: Commission européenne; 2010 [citado 10 Feb 2011]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_vol1_fr.pdf
- ³ The Kaiser/Pew global health survey. A global look at public perceptions of health problems, priorities and donors. Washington: The Henry J. Kaiser Family Foundation. The Pew Global Attitudes Project; 2007 [citado 10 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>
- ⁴ Nutbeam D. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
- ⁵ Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.
- ⁶ Dever A. An epidemiological model for Health policy analysis. Soc Ind Res. 1977;2:453-66.
- ⁷ McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA. 1993;270:2207-12.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
- ⁹ Piédrola G. Medicina preventiva y salud pública. 11ª ed. Barcelona: Elsevier Masson, D.L.; 2008.
- ¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, D.C.: OPS; 1996.
- ¹¹ Rodrigo MJ, Máiquez ML, García M, Mendoza R, Rubio A, Martínez A, Martín JC. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. Psicothema. 2004;16(2):203-10.
- ¹² Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1994.
- ¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo en el 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: WHO; 2002.
- ¹⁴ World Health Organization. Global Health Risks. Mortality and burden of disease to select mayor risks 2009. Geneva: WHO; 2009.
- ¹⁵ Renehan AG, Tyson M, Egger M, Haller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational Studies. Lancet. 2008;371:569-78.
- ¹⁶ Danaei G, Ding E, Taylor B, Mozaffarian D, Rehm J, Murray CJL, et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle and metabolic risk factors. PLoS Medicine [Internet]. 2009 [citado 10 Feb 2011]; 6(4):e1000058. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000058>

-
- ¹⁷ Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehm N, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. Alcohol use. In Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative Quantification on Health Risk. Geneva: WHO; 2005:959-1108.
- ¹⁸ Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in Global and Regional Cardiovascular Mortality. *Circulation*. 2005;112:489-97.
- ¹⁹ Ezzati M, Henley SJ, Lopez AD, Thun MJ. Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: current patterns and data needs. *Int. J. Cancer*. 2005;116:963-71.
- ²⁰ Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J. Fruit and Vegetable Consumption and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis of Cohort Studies. *J. Nutr*. 2006;136:2588-93.
- ²¹ Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL. The burden of disease and mortality by condition: data, methods and results for 2001. In Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Murray CJL, Jamison DT, eds. *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press; 2006.
- ²² López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. La medición de la carga mundial de morbilidad y de los factores de riesgo, 1990-2001. In Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Murray CJL, Jamison DT, eds. *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press; 2006.
- ²³ Varo JJ, Martínez A, Martínez-González MA. Beneficios de la actividad física y riesgo de sedentarismo. *Med Cli (Barc)*. 2003;121(17):665-72.
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2010. Francia: OMS; 2010.
- ²⁵ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2009-2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2009.
- ²⁶ Jiménez C, Fagerström K. Tratado de tabaquismo. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2007.
- ²⁷ Pascual F, Vicénts S. Aspectos históricos, sociales y económico del tabaco. En: Becoña E. Monografía del tabaco. *Adicciones*. 2004;16(2):13-24.
- ²⁸ Teixeira J, Andrés A, Álvarez E. La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)*. 2005;21(1):999-1005.
- ²⁹ Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report. *BMJ*. 1954;1:1451-5.
- ³⁰ Rodríguez R, Hernández R, Graciani A, Banegas JR, Del Rey J. The contribution of tobacco and other life-style habits to mortality from lung cancer in Spain from 1940 to 1988. *Gac Sanit*. 1994;8 (45):272-79.
- ³¹ Aliyu MH, Lynch O, Wilcon RE, Alio AP, Kristensen S, Marty PJ, Whiteman VE, Salihu HM. Association between tobacco use in pregnancy and placenta-associated syndromes: a population-based study. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283 (4):729-34.
- ³² Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control*. 2005;14(5):315-20.

- ³³ Pardell H, Saltó E. Beneficios de dejar de fumar. *Adicciones*. 2004;16(2):131-141.
- ³⁴ Periago MR. El convenio marco para el control del tabaco: un hito en la historia de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2003; 13:201-02.
- ³⁵ Hernández I, Sáenz MC, González R. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010;33(1):23-3.
- ³⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at Glance: Europe 2010*. OECD Publishing; 2010 [citado 12 mar 2011]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en
- ³⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance 2009*. OECD Publishing; 2009 [citado 12 mar 2011]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-en
- ³⁸ Bandrés R, Bello H, Castañal X, Domínguez F. Tabaquismo pasivo. En: Grupo de abordaje del Tabaquismo de la semFYC. *Manual de Tabaquismo*. Barcelona: semFYC ediciones; 2008:63-82.
- ³⁹ Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin*. 2005;124:769-71.
- ⁴⁰ López V, García JC. Tabaco y enfermedad Cardiovascular. En: Becoña E. *Monografía del tabaco*. *Adicciones*. 2004;16(2):101-13.
- ⁴¹ Salvador T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. En Becoña E. *Monografía del tabaco*. *Adicciones*. 2004;16(2):23-58.
- ⁴² Traber MG, Van der Vliet A, Reznick A, Cross C. Tobacco-related diseases. Is there a role for antioxidants micronutrients supplementation? *Clin Chest Med*. 2000;21(11):173-87.
- ⁴³ Cai H, Harrison DG. Endothelial dysfunction in cardiovascular diseases: the role of oxidant stress. *Cir Res*. 2000;87(10):840-4.
- ⁴⁴ Vives I, Grimalt J, Guitart R. Los hidrocarburos aromáticos y la salud. *Apuntes de Ciencia y Tecnología*. 2001;3:45-51.
- ⁴⁵ National Cancer Institute (NCI). *Cigarette Smoking and Cancer: Questions Answers*; 2004 [citado 1 Nov 2010]. Disponible en: www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Tocabbo/cancer
- ⁴⁶ Sánchez L. El fumador pasivo. En: Becoña E. *Monografía del tabaco*. *Adicciones*. 2004;16(2):83-99.
- ⁴⁷ Dobson R. Exposure to spouses smoking increases risk of lung cancer by over 20%. *BMJ*. 2004;328(7431):70.
- ⁴⁸ De la Cruz E, Monferrer R, Fábrega R, Pascual F. *Patología infantil y consumo de tabaco*. En: *Tratado de tabaquismo*. Madrid: Aula Médica; 2004.
- ⁴⁹ World Health Organization. *The Tobacco Atlas 2002*. Geneva: WHO; 2003.

-
- ⁵⁰ Cabanes A, Vidal E, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Pollán M, Lope L, López-Abente G. Cancer mortality trends in Spain: 1980-2007. *Ann Oncol*. 2010; 21:14-20.
- ⁵¹ Banegas JR, Graciani A, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Gutiérrez-Fisac JL, López-García E, et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
- ⁵² Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre drogas (OED). Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- ⁵³ Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2007.
- ⁵⁴ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Europea de Salud 2009. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2010.
- ⁵⁵ Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Incidencia del consumo de drogas en la Comunidad Autónoma Canaria. 2007/2008. Santa Cruz de Tenerife: Instituto Canario de Estadística; 2009.
- ⁵⁶ Widom CS, Hiller-Sturmhöfel S. Alcohol abuse as a risk factor and consequence of child abuse. *Alcohol Res Health*. 2001; 25:52-7.
- ⁵⁷ White HR, Chen PH. Problems drinking and intimate partner violence. *J Stud Alcohol Drugs*. 2002; 63: 205-14.
- ⁵⁸ World Health Organization. Drinking and driving: a road safety manual for decision makers and practitioners 2007. Geneva: OMS; 2007.
- ⁵⁹ World Health Organization. WHO: Alcohol and injuries. Emergency Department Studies in an International Perspective. 2009. Geneva: WHO; 2009.
- ⁶⁰ Organización Panamericana de la Salud. Guía Internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. Washington, D.C.: OPS; 2000.
- ⁶¹ World Health Organization. WHO: Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2011.
- ⁶² Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavomcharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373:2223-33.
- ⁶³ World Health Organization. WHO: European status report on alcohol and health 2010. Geneva: WHO; 2011.
- ⁶⁴ Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El GF, Bouvard V, et al. Carcinogenicity of some aromatic amines, organic dyes, and related exposures. *Lancet Oncology*. 2008;9:322-23.
- ⁶⁵ Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Ginebra: OMS; 2010.

- ⁶⁶ Emanuele MA, Emanuele NV. Alcohol and the male reproductive system. *Alcohol Res Health*. 2001;25:282-87.
- ⁶⁷ Phillips DP, Brewer KM, Wadensweiler. Alcohol as a risk factor for sudden infant death syndrome (SIDS). *Addiction*. 2010;106:516-25.
- ⁶⁸ Matos TD, Robles RR, Sahai H, Colon HM, Reyes JC, Marrero CA, et al. HIV risk behaviours and alcohol intoxication among injection drug users in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend*. 2004;76:229-34.
- ⁶⁹ Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29:837-43.
- ⁷⁰ Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volumen of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease. *Addiction*. 2003;98:1209-28.
- ⁷¹ Saavedra JM. Estudio de variables relacionadas con el consumo de alcohol entre adolescentes de Gran Canaria [tesis]. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 1999.
- ⁷² Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
- ⁷³ World Health Organization. WHO: Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992.
- ⁷⁴ Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;373:2201-14.
- ⁷⁵ Fierro I, Ochoa R, Yáñez JL, Valderrama JC, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España y en las comunidades autónomas en el año 2004. *Rev Clin Esp*. 2008;208(9):455-62.
- ⁷⁶ Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad prematura y años potenciales de vida perdidos relacionados con el consumo de alcohol en España y en las comunidades autónomas en el año 2004. *Aten Primaria*. 2010;42(2):95-101.
- ⁷⁷ Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta analysis. *Addiction*. 2000;95(10):1505-23.
- ⁷⁸ Rimm EB, Williams P, Fosher K, Criqui M, Stampfer M. Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: a meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *BMJ*. 1999;319:1523-8.
- ⁷⁹ Blanco-Colio LM, Valderrama M, Álvarez-Sala LA, Bustos C, Ortego M, Hernández-Presa MA, et al. Red wine intake prevents nuclear factor kappaB activation in peripheral blood mononuclear cells of healthy volunteers during postprandial lipemia. *Circulation*. 2000;102:1020-6.

-
- ⁸⁰ De Graaf R, Bijl RB, Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J. Risk factors for 12-month co morbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Am J Psychiatry*. 2002;159:620-29.
- ⁸¹ Sierksma A. Moderate alcohol consumption and vascular health [dissertation]. Utrecht, Holand: Utrecht University; 2002.
- ⁸² Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud OPS; 2008.
- ⁸³ Rodríguez F, Banegas JR, de Oya M. Dieta y enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(5):180-8.
- ⁸⁴ Murray RP, Connett JE, Tyas SL, Bond R, Ekuma O, Silversides CK, et al. Alcohol volume, drinking pattern and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function? *Am J epidemiol*. 2002;155(3):242-48.
- ⁸⁵ Trevisan M, Dorn J, Falkner K, Russell M, Ram M, Muti P, et al. Drinking pattern and risk of non-fatal myocardial infarction: a population based case-control study. *Addiction*. 2004;99:313-22.
- ⁸⁶ Britton A, Marmot M. Different measures of alcohol consumption and risk of coronary heart disease and all cause mortality: 11 year follow-up of the Whitehall II cohort Study. *Addiction*. 2004;99:109-16.
- ⁸⁷ Lemmens PH. The alcohol content of self-report and "standard" drinks. *Addiction*. 1994;89(5):593-601.
- ⁸⁸ Bright S, Singh D, Fink A. International use of screening tools that measure "standard drinks": whose standard? *Addiction*. 2011;106:1021-5.
- ⁸⁹ Anderson P. Binge drinking in Europe. London: Institute of Alcohol Studies; 2007 [citado 8 Feb 2011]. Disponible en: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Pathways_for_HealthProyect/binge_drinking_and_europe_report.pdf
- ⁹⁰ Salvador T, Suelves JM. Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo. Madrid: Ministerio de Educación. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- ⁹¹ La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de Estudio de la OMS sobre la Salud de los jóvenes y la "Salud para todos en el año 2000". Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986. (OMS, Serie de informes técnicos, nº 731).
- ⁹² Eurobarómetro IP/07/744. Semana Europea de la Juventud 2007: inclusión social y diversidad, aspectos destacados de este encuentro de 200 jóvenes en Bruselas. [citado 4 Feb 2011]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl:202_en
- ⁹³ Navarro MC, Marrero M. El cuidado de la salud en la adolescencia y la juventud. En: *Enfermería Comunitaria*. 2ª ed. España: DAE; 2009.

- ⁹⁴ Moreno MC, Muñoz V, Pérez PJ. Hábitos de vida y empleo del tiempo libre en adolescentes y jóvenes sevillanos. Educación y Ciudadanía. Actas de las II Jornadas “Nuevas formas de ocio”; 2004; Sevilla; 2004:53-66.
- ⁹⁵ Oliva A, Parra A. Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En: Erranz (Coord). Familia y desarrollo psicológico. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2004.
- ⁹⁶ Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención del consumo de alcohol y tabaco. Madrid: Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
- ⁹⁷ Organización Mundial para la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. Nota de prensa descriptiva nº 345. Agosto 2010. [citado 26 Jun 2011]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html
- ⁹⁸ CDC. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1994.
- ⁹⁹ Pierce JP, Gilpin E. How long will today’s new adolescent smokers be addicted to cigarettes? Am J Public Health. 1996;86(2):253-56.
- ¹⁰⁰ Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stage of progression in drug involvement from adolescent to adulthood: Further evidence for the gateway theory. J. Stud Alcohol Drugs. 2000;53:447-57.
- ¹⁰¹ Rius C, Fernández E, Schiaffino A, Borrás JM, Rodríguez-Artalejo F. Self-perceived Health and smoking in adolescents. J Epidemiol Community Health. 2004; 58:698-9.
- ¹⁰² Godeau E, Rahav G, Hublet A. El consumo de tabaco. En: La salud de los jóvenes dentro de su contexto. Estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar: Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002. Copenhagen: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Barnekow V, editores. WHO Regional Office from Europe; 2004.
- ¹⁰³ Holmen TL, Barret-Connor R, Holmen J et al. Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers. Norway 1995-1997: The Nord-Trøndelag Health Study. Am J Epidemiol. 2000;151:148-55.
- ¹⁰⁴ Diana R. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. N Eng Med. 1996;335:931-7.
- ¹⁰⁵ Ariza C, Nebot M. La prevención primaria del tabaquismo: un planteamiento integral. Prev Tab. 2004;6(2):68-83.
- ¹⁰⁶ Shafey O, Eriksen M, Roos H, Mackay J. Atlas del tabaco. 3ª Ed. Canadá: Sociedad Americana del Cáncer; 2009.

- ¹⁰⁷ Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al, editores. La salud de los jóvenes dentro de su contexto. Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002. Copenhagen: Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS Oficina Regional para Europa; 2004.
- ¹⁰⁸ Moreno C, Muñoz MV, Pérez P, Sánchez I. Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- ¹⁰⁹ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
- ¹¹⁰ Moreno C, Ramos P, Rivera F, Muñoz V, Sánchez I, Granado MC, Jiménez A. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- ¹¹¹ Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias (FUNCAPID). Encuesta sobre el uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008. Informe de Resultados en la Comunidad Autónoma de Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención a las Drogodependencias; 2010.
- ¹¹² Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad; 2007.
- ¹¹³ Moreno C, Ramos P, Rivera F, Muñoz V, Sánchez I, Granado MC, Jiménez A. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas canarios de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- ¹¹⁴ Gómez G, Barrueco M, Maderuelo A, Aparicio I, Torrecilla M. Factores predictores de la conducta en alumnos de enseñanza secundaria. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(5):454-61.
- ¹¹⁵ Cortés M, Schiaffino A, Martí M, Fernández E. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gac Sanit*. 2005;19(1):36-44.
- ¹¹⁶ Romero PJ, Luna JD, Mora A, Alché V, León MJ. Perfil tabáquico de los adolescentes de enseñanza secundaria. Estudio comparativo entre el medio rural y urbano. *Prev Tab*. 2000;2:5-16.
- ¹¹⁷ Paniagua H, García S, Castellano G, Sarrallé R, Redondo C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Esp Pediatr*. 2001;55:121-8.
- ¹¹⁸ Aburto M, Esteban C, Quintana JM, Bilbao A, Moraza FJ, Capeslategui. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(4):357-66.
- ¹¹⁹ Ariza C, Nebot M. Factors asociated with smoking progression among spanish adolescents. *Health Educ Res*. 2002;17(6):750-60.
- ¹²⁰ Suris JC, Parera N. Enquesta de Salut als adolescents escolaritzats a Catalunya 2001. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font; 2002.

- ¹²¹ Torrecilla M, Ruano R, Plaza D, Hernández MA, Barrueco M, Alonso A. Jóvenes y tabaco: prevalencia, patrón y actitud ante el consumo de tabaco. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:440-9.
- ¹²² Gutiérrez JJ, Usera ML, Fenollar P, Orodoñana JR. Evolución de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia. 1993-2001. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; 2003.
- ¹²³ Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los metanálisis? *Rev Salud Pública*. 2002;76(3):175-87.
- ¹²⁴ Yáñez AM, López R, Serra-Batles J, Roger N, Arnau A, Roura P. Consumo de tabaco en adolescentes. Estudio poblacional sobre las influencias parentales y escolares. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:21-4.
- ¹²⁵ Zarco L. Drogodependencias: nuevos patrones de consumo. *FMC*. 2002;9:509-13.
- ¹²⁶ Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Jiménez CA, Torrecilla M, Vega MT, Garrido E. Attitudes of the teachers about tobacco prevention at school. *Allergol et Immunopathol*. 2000;28:219-24.
- ¹²⁷ Mendoza R, López P, Sagraera MR. Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1982-2002). *Adicciones*. 2007;19:273-287.
- ¹²⁸ Jané M, Pardell H, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prev Tab*. 2001;3(3):147-54.
- ¹²⁹ Nebot M, Ariza C, Tomás Z. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(4):157-9.
- ¹³⁰ Sanabria MA, Villanueva C. Creencias y convencionalismos relacionados con el consumo de tabaco en preadolescentes. *Rev Esp Drogodep*. 2003;28:218-44.
- ¹³¹ Dona I tabac. Informe tècnic sobre L'hàbit tabàquic femení a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanit i Seguretat Social; 2001.
- ¹³² Henríquez P, Alonso JL, Beltrán R, Doreste J. Tabaquismo en Gran Canaria. Consumo y actitudes en adolescentes. *Gac Sanit*. 2000;14:338-45.
- ¹³³ García V, Ramos M, Hernán M, Gea T. Consumo de tabaco y hábitos de salud en los adolescentes de Institutos de Enseñanza Secundaria pública en Granada. *Prev Tab*. 2001;3(4):215-23.
- ¹³⁴ Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira R. Alcohol and adolescents: study to implement municipal policies. *Rev Salud Pública*. 2007;41(3):1-7.
- ¹³⁵ Breyer J, Winters KC. Adolescent brain development: implications for drug use prevention. Minnesota: Center for Substance Abuse Research. Department of Psychiatry, University of Minnesota; 2005 [citado 26 Jun 2011]. Disponible en: http://www.mentorfoundation.org/pdfs/prevention_perspectives/19.pdf
- ¹³⁶ López B, Schwartz SJ, Prado G. Adolescent neurological development and its implications for adolescent substance use prevention. *J Prim Prev*. 2008;29:5-35.

- ¹³⁷ National Institute on Drug Abuse NIDA. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud; 2008: número 08-5605.
- ¹³⁸ Brown SA, Tapert SF, Granholm E, Delis DC. Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res.* 2002;24(2):164-71.
- ¹³⁹ García-Moreno LM, Capilla A, García-Sánchez O, Luque J, Senderek K, Conejo NM, et al. Alcohol tolerance in rats submitted to different periods of chronic and acute ethanol intake. *Psicothema.* 2004;16:211-16.
- ¹⁴⁰ DeBellis MD, Clark DB, Beers SR, Sloff PH, Boring AM, Hall J, Kersh A, et al. Hippocampal volumen in adolescente-onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry.* 2000;157(5):737-44.
- ¹⁴¹ Monteiro MG. Alcohol y Salud Pública en las Américas. Washington, D.C: OPS, 2007.
- ¹⁴² Bonono YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Poatton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependenc: a cohort study over seven years. *Addiction.* 2001; 96:1485-1496.
- ¹⁴³ Emanuele MA, Wezeman Y, Emanuele NV. Alcohol effect on female reproductive function. *Alcohol Res Health.* 2002;26:274-281.
- ¹⁴⁴ Dees WL, Srivatsava VK, Hiney JK. Alcohol and female puberty. *Alcohol Res Health.* 2001;25:271-275.
- ¹⁴⁵ Buddy T. Female drinking and brain damage. [citado 26 Jun 2011]. Disponible en: <http://alcoholism.about.com/cs/women/a/aa010219a.htm>
- ¹⁴⁶ IOM. Reducing Underage drinking: a collective responsibility. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
- ¹⁴⁷ World Health Organization. Global Status Report: Alcohol and Young People 2001. Geneve: WHO; 2001.
- ¹⁴⁸ Villatoro J, Medina-Mora ME, Hernández M, Fleiz C, Amador N, Bermúdez P. La Encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental.* 2005;28(1):38-51.
- ¹⁴⁹ Schmid H, Nic S. El consumo de alcohol. En: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Barnekow V, editores. La salud de los jóvenes dentro de su contexto. Estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar: Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002. Copenhagen: Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS Oficina Regional para Europa; 2004.
- ¹⁵⁰ Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias (FUNCAPID). Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de 2006. Comunidad Autónoma de Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención a las Drogodependencias; 2007.

- ¹⁵¹ Ortiz S, Peña D, Ortiz S, Sánchez R. Consumo de alcohol en estudiantes de secundaria en la provincia de Córdoba. Resultado de la fase piloto. *Enfermería Científica*. 2002;244-245:15-21.
- ¹⁵² López JR, Antolín N, Barceló MV, Pérez M, Ballesteros AM, García AL. Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias. *Aten Primaria*. 2001;27(3):159-65.
- ¹⁵³ Espada JP, Méndez X, Hidalgo MD. Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*. 2000;12:57-64.
- ¹⁵⁴ Vives R, Nebot M, Ballestín M, Díez E, Villalbí JR. Changes in the alcohol consumption pattern among schoolchildren in Barcelona. *Eur J Epidemiol*. 2000;16:27-32.
- ¹⁵⁵ Moreno MC, Delval J. El alumno al que enseñamos las culturas infantil y juvenil. En: Gimeno J, Carbonell J (Coords.). *El sistema educativo: una mirada crítica*. Madrid: Praxis-Cuadernos de Pedagogía; 2004:55-73.
- ¹⁵⁶ Sánchez L. El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. *Trastornos Adictivos*. 2002;4:12-9.
- ¹⁵⁷ Fuentes M, Mora R, Dijk A, Domínguez A, Salleras L. Alcohol consumption among high school student in Barcelona, Spain. *J Stud Alcohol*. 1999;60:228-33.
- ¹⁵⁸ Pascual F. Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*. 2002;14(1):123-131.
- ¹⁵⁹ Cortés M, Espejo B, Giménez JA. Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*. 2007;19(4):357-72.
- ¹⁶⁰ Pérez A, Clemente ML, Marrón R. La intervención antitabáquica del médico en la escuela: dilema entre voluntariado versus gabinete técnico. *Prev Tab*. 2001;3(2):86-93.
- ¹⁶¹ Luengo MA, Romero E, Gómez JA, Guerra A, Lence M. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Santiago de Compostela: Ministerio de educación y Cultura. Ministerio de Sanidad y Consumo. Universidad de Santiago de Compostela; 1999.
- ¹⁶² Laespada T, Iraurgi I, Aróstegi, editores. Factores de Riesgo y de Protección frente al consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto); 2004.
- ¹⁶³ Peñafiel E. Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*. 2009;32:147-73.
- ¹⁶⁴ Hernán M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gac Sanit*. 2004;18(1):47-55.
- ¹⁶⁵ Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas;2009.
- ¹⁶⁶ Villena A, Morena S, Párraga I, González MD, Soriano H, López-Torres J. Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2(7):320-25.

- ¹⁶⁷ Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, Mudde A. Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gac Sanit.* 2002;16:131-8.
- ¹⁶⁸ Ariza C, Nebot M. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:3:227-38.
- ¹⁶⁹ Ariza C, Nebot M, Villalbí JR, Díez E, Tomás Z, Valmayor S. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999). *Gac Sanit.* 2003;17:190-5.
- ¹⁷⁰ Muñoz-Rivas M, Andreu JM, Gutiérrez P. Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes. *Salud Drogas.* 2005;5(2):67-80.
- ¹⁷¹ Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control.* 1998;7:409-20.
- ¹⁷² Chassin L, Pitts S, Prost J. Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(1):67-78.
- ¹⁷³ Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit.* 2000;14(3):60-71.
- ¹⁷⁴ Simons BG, Farhat T, TBOgt T, Hublet A, Kuntsche E, NicGabhainn S, Godeau E, Kokkevi A. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *Int J Public Health.* 2009;54:199-208.
- ¹⁷⁵ Pulido J, Vallejo F, Sánchez F, Vázquez B. Evolución de la razón de género en el consumo de drogas legales e ilegales en España. *Boletín Epidemiológico semanal. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.* 2006;14(10):109-20.
- ¹⁷⁶ Calleja N, Aguilar J. Por qué fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones.* 2008;20(4):387-94.
- ¹⁷⁷ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Informe anual 2010: el problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo; 2010.
- ¹⁷⁸ Delgado B, Bautista R, Inglés CJ, Espada JP, Torregrosa MS, García-Fernández JM. Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Salud Drogas.* 2005;5:55-66.
- ¹⁷⁹ Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 22ª ed. Madrid: ESPASA-CALPE; 2001.
- ¹⁸⁰ Andreu R, Sieber S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje. Instituto de Estudios Superiores de la Empresa. IESE Universidad de Navarra; 2000.
- ¹⁸¹ Gavidia V. El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales.* 2009;23:171-80.

- ¹⁸² Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad; 2005.
- ¹⁸³ Yus R. Temas transversales: Hacia una nueva escuela. 3ª ed. Barcelona: Graó; 2001
- ¹⁸⁴ Caballero A, González B, Pinilla J, Barber P. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gac Sanit.* 2005;19(6):440-7.
- ¹⁸⁵ Burt RD, Dinh KT, Peterson AV, et al. Predicting Adolescent Smoking: A Prospective Study of Personality Variables. *Prev Med.* 2000;30:134-45.
- ¹⁸⁶ Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, ay school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ.* 2000;321:333-7.
- ¹⁸⁷ Arillo E, Lazcano E, Hernández M, Fernández E, Allen B, Valdés R, et al. Associations between cigarette smoking, other substance abuse, socio-economic level and parental behaviour in 13.293 students in Mexico. *Am J Prev Med.* 2005;28(1):41-51.
- ¹⁸⁸ Mayhew KP, Flay BR, Mott JA. Stages in the development of adolescents smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2000;59(1):61-81.
- ¹⁸⁹ Greene WH, Simons BG. Educación para la salud. México: Interamericana S.A.; 1988.
- ¹⁹⁰ García P, Carrillo A, Fernández A, Sánchez JM. Factores de riesgo en la experimentación y consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. Actitudes ante el tabaco y consumo de los grupos de presión. *Aten Primaria.* 2006;37:392-9.
- ¹⁹¹ García P, Carrillo A, Sánchez J, Hurtado A, Sánchez I, Martínez R, Cuevas MD. Variabilidad en la experimentación tabáquica y en sus factores de riesgo en 4 centros educativos de la Región de Murcia. *Enferm Clin.* 2007;17(4):198-206.
- ¹⁹² Simantov E, Schoen C, Klein JD. Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:1025-33.
- ¹⁹³ Sánchez L. Consumo de alcohol en la población juvenil. *Adicciones.* 2002;14(1):99-114.
- ¹⁹⁴ Salleras L, Domínguez A, Navas E, Canela J. Evaluación de la eficacia y la efectividad de las intervenciones preventivas y de los programas de salud. En: Piédrola G. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* Barcelona: Elsevier Masson, D.L. 11ª ed; 2008:1209-15.
- ¹⁹⁵ Thrasher JF, NiederdeppeJ, Jackson C, Farrelley MC. Using anti-tobacco industry messages to prevent smoking among high-risk youth. *Health Educ Res.* 2006;21(3):325-37.
- ¹⁹⁶ Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behaviour: An introduction to theory and research. Massachusetts: Addison-Wesley Reading; 1975:577.
- ¹⁹⁷ Pallonen UE, Prochaska JO, Velicer WF, Prokhorov AV, Smith NF. Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addict Behav.* 1998;23:303-24.

- ¹⁹⁸ Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviours. *Am Psych*. 1992;47(9):1101-14.
- ¹⁹⁹ Salleras L. Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos S.L.; 1990.
- ²⁰⁰ Ferreira MM, Torgal MC. Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(2): 8pantallas. En <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Citado el 15 de mayo de 2011.
- ²⁰¹ Becoña E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. 2007;1(28). Extraído el 01/05/2011 <http://www.cop.es/infocop>
- ²⁰² Moral MV, Ovejero A. Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Interam J Psychol*. 2005;39(3):325-38.
- ²⁰³ Álvarez E, Fraile AM, Secades R, Vallejo G, Fernández JR. Percepción de riesgo del consumo de drogas en escolares de enseñanza secundaria del principado de Asturias. Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias; 2005.
- ²⁰⁴ Espada JP, Pereira JR, García-Fernández JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*. 2008;20(4):531-37.
- ²⁰⁵ Geoffrey H, Kristin E, Faith K. Drug use and meaning of risk and pleasure. *J Youth Stud*. 2008;10(1):73-96.
- ²⁰⁶ Hernández M, Solano JC. Drogodependencias: un enfoque de género y estratificación social. *Inguruak. Rev Sociol*. 2007;44:273-89.
- ²⁰⁷ Moral MV, Ovejero A, Pastor J. Modelado familiar y del grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas. *Psicothema*. 2004;81:33-68.
- ²⁰⁸ Moral MV, Rodríguez FJ, Sirvent C. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*. 2006;18(1):52-8.
- ²⁰⁹ Mejías E. La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: FAD; 2004.
- ²¹⁰ Gil-flores J. Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*. 2008;346:291-313.
- ²¹¹ Farkas A, Gilpin E, White M, Pierce J. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA*. 2000;284(6):717-22.
- ²¹² Hombrados MI, Domínguez JM. El consumo de drogas en adolescentes: factores de riesgo y protección. *Encuentros en Psicología Social*. 2004;2:95-101.
- ²¹³ Espada JP, Méndez X, Griffin K, Botvin GJ. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*. 2003;84:9-17.
- ²¹⁴ Carballo JL, García O, Secades R, Fernández JR, García E, Errasti JM, Al-Halabi S. Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*. 2004;16:674-79.

- ²¹⁵ Nebot M. La precencia del tabaquismo en els joves, utopia o rept? An Med. 1999;82:113-14.
- ²¹⁶ Simantov E, Schoen C, Klein JD. Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? Arch Pediatr Adolesc Med. 2000;154:1025-33.
- ²¹⁷ Pierce J, Distefan J, Kaplan R, Gilpin E. The role of curiosity in smoking initiation. Addict Behav. 2005;30:685-96.
- ²¹⁸ Thrasher J, Jackson C. Mistrusting companies, mistrusting the tobacco industry: Clarifying the context of tobacco prevention efforts that focus on the tobacco industry. J Health Soc Behav. 2006;47(4):406-22.
- ²¹⁹ De Vries H, Mudde A, Leijts I, Charlton A, Vartiainen E, Buijs G, et al. The European Smoking prevention framework approach (ESFA): an example of integral prevention. Health Educ Res. 2003;18(5):611-26.
- ²²⁰ Navarrete L. Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología; 2004.
- ²²¹ Moral MV, Rodríguez FJ, Sirvent C. Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuestas de un *continuun* etiológico. Adicciones 2005;17(2):195-20.
- ²²² Turbi A, Lloria R. Prevención con menores en situación de riesgo. Valencia: Proyecto hombre; 2005.
- ²²³ Cortés MT, Espejo B, Giménez JA. Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. Psicothema. 2008;20(3):396-402.
- ²²⁴ Settertobulte W. Family and peer relations. En: Health and health behaviour among young people. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J, editors. Copenhagen, WHO Regional Office from Europe; 2000.
- ²²⁵ Gómez-Fraguela JA, Fernández N, Romero E, Luengo A. El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. Psicothema. 2008;20(2):211-17.
- ²²⁶ Hoffman BR, Monge PR, Chou CP, Valente TW. Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. Addict Behav. 2007;32:1546-54.
- ²²⁷ Settertobulte W, Gaspar M. Los compañeros. En: La salud de los jóvenes dentro de su contexto. Estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar: Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Barnekow V, editores. Copenhagen: Ministerio de Sanidad y Consumo. WHO Regional Office from Europe; 2004.
- ²²⁸ Hu FB, Flay BR, Hedeker D, Siddiqui O, Day LE. The influences of friends and parental smoking on adolescent smoking behaviour: The effects of time and prior smoking. J Appl Soc Psychol. 1995;25:2018-47.
- ²²⁹ Calafat A, Fernández C, Juan M, Becoña E. Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. Adicciones. 2007;19(002):125-32.

- ²³⁰ Steinberg L. We know some things: adolescent-parent relationships in retrospect and prospect. *J Res Adolesc.* 2001;11:1-20.
- ²³¹ Bandura A. *Social Foundations of thought and action. A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986:247. (trad.cast.: Barcelona: Martínez-Roca, 1987).
- ²³² Lambert M, Hublet A, Verduyck P, Maes L, Broucke S. Report "Gender differences in smoking in young people". Brussels: Flemish Institute for Health Promotion; 2002. [citado el 22 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.ktl.fi/portal/english/research_people_programs/health_promotion_and_chronic_disease_prevention/proyectos/enypat/publication_gender_differences_in_smoking_in_young_people/
- ²³³ Proescholdbell RJ, Chassin L, Machinnon DP. Home smoking restrictions and adolescent, smoking. *Nicotine Tob Res.* 2000;2(2):159-67.
- ²³⁴ Secades R, Fernández JR. Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: un estudio empírico español. En: Secades R, Fernández JR, editores. *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias.* Madrid: Plan nacional sobre Drogas.
- ²³⁵ Clark PI, Schooley MW, Schulman J, Hartman AM, Schmitt CL. Impact of home smoking rules o smoking patterns among adolescents and young adults. *Prev Chronic Dis.* 2006;3(2):1-13.
- ²³⁶ Kremers SPJ, DeVries H, Muddle AN, Candel M. Motivational stages of adolescent smoking initiation: predictive validity and predictors of transitions. *Addict Behav.* 2004;29:781-89.
- ²³⁷ Szabo E, Whitw V, Hayman J. Can home smoking restrictions influence adolescents smoking behaviour if their parents and friends smoke? *Addict Behav.* 2006;31:2298-2303.
- ²³⁸ García LM. *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes.* Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas; 2010.
- ²³⁹ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Programas escolares de prevención.* <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/pdf/FichasProgramas.pdf> Citado el 8 de diciembre 2011.
- ²⁴⁰ Gavidia V. La Educación para la Salud en los manuales escolares españoles. *Rev Esp Salud Pública* 2003;77:275-285.
- ²⁴¹ Rodríguez JL, Hernández J, Calle M, Álvarez-Sala JL. Estrategias de prevención y tratamiento del tabaquismo. En: Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo.* 3ªed. Madrid: Ergon. 2006;60:501-4.
- ²⁴² Talavera M, Gavidia V. Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Opiniones del profesorado. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales.* 2007;21:119-28.
- ²⁴³ Hernández MA, Barrueco M, Jiménez CA, Vega MT, Garrido E. Opinión de los directores escolares sobre la influencia de factores del medio escolar en la actitud de los niños y jóvenes ante el tabaco. *An Esp Pediatr.* 2000;52:132-7.

- ²⁴⁴ Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark. *Tob Control*. 2002;11:246-51.
- ²⁴⁵ Kumar R, O'Malley PM, Johnston LD. School tobacco control policies related to students' smoking and attitudes toward smoking: national survey results, 1999-2000. *Health Educ Behav*. 2005;32:780-94.
- ²⁴⁶ Gómez G, Barrueco M, Maderuelo A, Aparicio I, Torrecilla M, Nielsen AM. Modificación de la actitud y conducta ante el tabaco de los profesores participantes en un programa de prevención de tabaquismo entre sus alumnos. *Prev Tab*. 2009;11(4):134-41.
- ²⁴⁷ Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Programa de Salud Infantil. Dirección General de Programas Asistenciales; 2005.
- ²⁴⁸ Plan de acción sobre drogas. España 2009-2012. Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- ²⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:475-96.
- ²⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- ²⁵¹ Blasco M, Pérez A, Sanz, Clemente ML, Cañas R, Herrero I. Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario. *Aten Prim*. 2002;30:220-8.
- ²⁵² Amor N, Mayayo M. El papel de la enfermería en el control del tabaquismo. *Prev Tab*. 2007;9(3):117-20.
- ²⁵³ Martínez C. El rol de la enfermera en la atención al tabaquismo. *Prev Tab*. 2003;5(3):186-89.
- ²⁵⁴ Martínez C, García M. Evaluación del grado de implantación de las intervenciones para el control del tabaquismo en la Red catalana de hospitales sin humo. *Enferm Clin*. 2007;17:177-85.
- ²⁵⁵ Fernández C. Características de los consumidores de drogas recreativas en España y otros países europeos. *Adicciones*. 2003;12(2):233-60.
- ²⁵⁶ Navarro J. Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Plan Municipal contra las drogas; 2000.
- ²⁵⁷ Mendoza R. Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes. Documento presentado en la Segunda Conferencia Europea de Educación para la salud. Varsovia, Polonia. 1990.
- ²⁵⁸ Constitución Española 1978. Arts. 41, 43, 45, 48, 49, 50, 51, 148 y 149.
- ²⁵⁹ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 120 de 29/4/1986;15207-24.

-
- ²⁶⁰ Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE 238 de 4-10-1990;28927-42.
- ²⁶¹ Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE 106 de 5/5/2006;17158-207.
- ²⁶² Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. BOE 5 de 5/1/2007;677-773.
- ²⁶³ Organización Mundial de la Salud. Carta Europea contra el tabaco. Madrid: Oficina Regional para Europa de la OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988.
- ²⁶⁴ Organización Mundial de la Salud. Programa “Europa contra el Cáncer”: informe de la Comisión al Consejo, El Parlamento Europeo, El Comité Económico y Social y El Comité de Regiones sobre la ejecución del segundo plan de acción (1990-1994). Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 1995.
- ²⁶⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo 2003-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- ²⁶⁶ Real Decreto 548/2003, de 9 de mayo, por el que se crea la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007. BOE 114 de 13/7/2003;18216-18.
- ²⁶⁷ 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. BOE 309 de 27/12/2005;42241-50.
- ²⁶⁸ Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que modifica 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. BOE 318 de 31/12/2010; 109188-94.
- ²⁶⁹ Organización Mundial de la Salud. Carta Europea contra el alcohol. París: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; 1995.
- ²⁷⁰ Ley 22/1999, de 7 de junio, de Modificación de la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. BOE 136 de 8/6/1999.
- ²⁷¹ Ley 24/2003, de 10 de julio, de la Viña y del Vino. BOE 165 de 11/7/2003;27165-79.
- ²⁷² Ley 1/1997 de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores. BOE 23 de 17/2/1997:1739-66.
- ²⁷³ Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias. BOE 94, de 28/7/1998.
- ²⁷⁴ Directiva 2003/33/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros

- en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco. Diario oficial de la Unión Europea, de 20 de junio de 2003.
- ²⁷⁵ Hernández MA, Rivas P. Publicidad de tabaco dirigida a jóvenes. *Prev Tab.* 2000;2(1):69-70.
- ²⁷⁶ Consiglia M, Villalví JR. La publicidad del tabaco y los adolescentes. *Unión Internacional contra el Cáncer. Bruselas 2002;Gac Sanit.* 2002;3(2):166-68.
- ²⁷⁷ Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. BOE 274, de 15/11/1988;32464-7.
- ²⁷⁸ Salvador T. Tabaquismo en España. En: Becoña E. Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa ediciones 1998;153-73.
- ²⁷⁹ Real Decreto 709/1982, de 5 de marzo, por el que se regula de publicidad y consumo de tabaco. BOE 90 de 15/4/1982;9585.
- ²⁸⁰ Babor T, Caetano P, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity.* Oxford University Press; 2003.
- ²⁸¹ Calafat A. Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones.* 2002;14(1):317-35.
- ²⁸² Mrlianova T. Harmonised indices of consumer prices may 2011. European Commission eurostat; 2011.
- ²⁸³ Álvarez C, Peiró S, editores. *Informe SESPA 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo.* 4ª ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.
- ²⁸⁴ Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud.* Ginebra: OMS; 1986.
- ²⁸⁵ Frías A. *Salud Pública y Educación para la Salud.* Barcelona: Masson, SA; 2000.
- ²⁸⁶ Domínguez B. Educación para la salud en el ámbito escolar. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2006.* Madrid: Exlibris Ediciones; 2006:187-200.
- ²⁸⁷ Gérvas J, Pérez M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006;20(3):66-71.
- ²⁸⁸ Lewis BA, Marcus BH, Pate RR, Dunn AL. Psychosocial mediators of physical activity behaviour among adults and children. *Am J Prev Med.* 2002;23(2):26-35.
- ²⁸⁹ Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. *A J Public Health.* 1960;50:295-301.
- ²⁹⁰ Paglia A, Room R. Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. Research document nº 142. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation Division, Centre for addiction and mental health; 1998.
- ²⁹¹ Ajzen I. *Attitudes, personality, and behaviour.* Chicago, IL: The Dorsey Press; 1998.

- ²⁹² Costa M, López E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996.
- ²⁹³ Vega A. Modelos interpretativos de la problemática de las drogas. *Revista Española de Drogodependencias*. 1992;17(4):221-32.
- ²⁹⁴ Jessor R, Jessor SL. Problem behavior and psychosocial development. Nueva York: Academic Press; 1997.
- ²⁹⁵ Botvin G, Griffin K. Life Skills Training: Empirical Finding and Future Directions. *J Prim Prev*. 2004;25(2):211-32.
- ²⁹⁶ De Vries H, Backvler E, Kok G, Dijkstra M. The impact of social influences in the context of attitude, self efficacy, intention and previous behaviour as predictors of smoking onset. *J Appl Soc Psychol* 1995; 25:237-57.
- ²⁹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Modelo de Consejería orientada a los jóvenes. En prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para promotores de primera línea. Washintong, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
- ²⁹⁸ Kandel DB, Jessor R. The Gateway hypothesis revisited. En Kandel DB editors. Stages and pathways of drug involvement. Examining the Gateway hipótesis. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- ²⁹⁹ Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Palo Alto, CA: Mayfield; 2004.
- ³⁰⁰ Sloboda Z, Stephens RC, Stephens PC, Grey SF, Teasdale B, Hawthorne RD, et al. The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and alcohol Depend*. 2009;102:1-10.
- ³⁰¹ Transversales. Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría de Estado de Educación. 1992.
- ³⁰² Muñoz A. Los temas transversales del currículo educativo actual. *Revista Complutense de Educación* [Internet]. 1997 [citado 15 nov 2011];8(2):161-71. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revista/edu11302496/articulos/RCED9797220161.pdf>
- ³⁰³ Salvador T, Suelves JM, Joanxich JM, Puigdollers E. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las Administraciones educativas y sanitarias. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Centro de Innovación y Documentación Educativa (CIDE) y Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública; 2008.
- ³⁰⁴ Gavidia V. La construcción del concepto de transversalidad. En: Álvarez MN, Balaguer N, Carol R. Valores y temas transversales en el currículum. Barcelona: Graó; 2000.
- ³⁰⁵ M Torres. Estrategias didácticas para la integración de la educación para la salud en el currículum. *El Guiniguada*. 2001;10:155-72.

- ³⁰⁶ Salvador T, Suelves JM, Puigdollers E, Martínez IM. Informe. Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Centro de Innovación y Documentación Educativa (CIDE) y Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública; 2008.
- ³⁰⁷ Metcalfe O, Weare K, Wijnsma P. Promoción de la Salud de la juventud europea. Manual de formación para el profesorado y otros agentes educativos. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
- ³⁰⁸ Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Sanidad y Consumo. Red de Escuelas Promotoras de Salud. Promoción de la salud en los Centros de Educación Secundaria de Europa. Guía práctica. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- ³⁰⁹ Barrueco M, Vicente M, Garavís JL, García J, Blanco A, Rodríguez MC. Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa realizado durante 3 años. *Arc Bronconeumol.* 1998;34:323-8.
- ³¹⁰ Gavidia V. La formación en promoción y educación para la salud de los profesionales de la educación. Actas de la I. Jornada Nacional de formación y educación para la salud. Madrid; 2007:12-5.
- ³¹¹ Public Health Service. Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives- full report, with commentary. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 1992.
- ³¹² Formación en promoción y educación para la salud. Informe del Grupo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2004.
- ³¹³ Gómez L, Gascón L, Gallego J, Febrel M, Granizo C. Objetivo 15: Mejorar conocimientos y motivaciones para una conducta saludable. En: Álvarez C, Peiró S, editores. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000:209-18.
- ³¹⁴ Pérez MJ, Echaury M, Gutierrez JJ, Gallego J. Estrategias y criterios de buena praxis para las actuaciones de formación continuada en Educación para la Salud y Promoción de la Salud. Actas de la I. Jornada Nacional de formación y educación para la salud. Madrid; 2007:15-9.
- ³¹⁵ Walker Z, Townsend J, Donovan C, Smith H, Hurt Z, et al. Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *BMJ.* 2002; 325:524-9.
- ³¹⁶ Hernán M, Ramos M, Fernández A. Salud y Juventud. Madrid: Consejo de la Juventud España; 2002.
- ³¹⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- ³¹⁸ Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas. 4ª ed. Madrid: INSALUD; 2001.

- ³¹⁹ Martín J, Celada S, Fernández S, Rodríguez F. Situación de la material transversal educación para la salud en la provincia de Toledo. NURE Inv. 2009 . Publicación electrónica nov-dic 2009. [citado 26 junio 2011]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/satenfor42.pdf
- ³²⁰ Villarejo L, Zamora MA. Priorización de actividades comunitarias preventivas y de salud por un equipo de atención primaria. Medicina Familiar y Atención Primaria. 2011. Publicación electrónica 28 marzo 2011. [citado 9 dic 2011]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/autors/1266/Luis--Villarejo-Aguar>
- ³²¹ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de la profesiones sanitarias. 108. /06/05/2005.
- ³²² Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. 280./22/11/2003.
- ³²³ Merino B. La promoción de la salud. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. [extraído el 6 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.msc.es/salud/epidemiologia/promocion/indice_pro.htm
- ³²⁴ Becoña E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. 2007;1(28). [extraído el 1 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.cop.es/infocop>
- ³²⁵ Spoth RL, Redmond C, Trudeau L, Shin C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. Psychol Addict Behav. 2002;16(2):129-34.
- ³²⁶ Spoth RL, Redmond C, Shin C, Azevedo K. Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: school-level growth curve analyses 6 years following baseline. J consult Psychol. 2004;72(3):535-42.
- ³²⁷ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2008: el problema de las drogodependencias en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2008.
- ³²⁸ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Creación de un observatorio nacional de drogas: un manual conjunto. Luxemburgo Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2010.
- ³²⁹ Slodoba Z. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition). Moving towards evidence-based practice: school-based prevention of substance use in de USA. In: A cannabis reader: global issues and local experiences Chapter 12. [citado 26 jun 2011]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>
- ³³⁰ Center for Disease Control and Prevention CDC. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs 2007. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2007. [citado 4 jun 2011]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidende>

-
- ³³¹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2009: el problema de las drogodependencias en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2009.
- ³³² Speller V, Learmonth A, Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. *Br Med J*. 1997;315:361-63.
- ³³³ García P, Fernández A, Sánchez JM, Carrillo A, Alcaraz J, Abad E. Ensayo controlado aleatorizado de un programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo en un grupo de escolares. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(1):4-13.
- ³³⁴ Werch CE, Owen DM. Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *J stud alcohol drugs*. 2002; 63:581-90.
- ³³⁵ Nutbeam D. Eficacia de la Promoción de la Salud. Las preguntas que debemos responder. En: Anderson P, Black D, Breeze E, Brecker G, Fletcher A, Honkala E, et al. La evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- ³³⁶ Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud. Barcelona: Masson, SA; 1993.
- ³³⁷ Green LW, Glasgow RE. Evaluating the relevance, generalization and applicability of research. *Evaluation and the Health Professions*. 2006;29(1):126-53.
- ³³⁸ Plagia A, Room R. Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *J Prim Prev*. 1998;20:3-50.
- ³³⁹ Peterson AV, Kealey KA, Mann SL, Marek PM, Sarason IG. Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking. *J Natl Cancer Inst*. 2002;92:1979-91.
- ³⁴⁰ Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D. The effectiveness of school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-DAP cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2010;108:56-64.
- ³⁴¹ Schinke S, Brounstein P, Gardner S. Science-Based Prevention Programs and Principes, 2002. DHHS Pub. No. (SMA) 03-3764. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2002.
- ³⁴² Programas españoles en EDDRA. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [citado 6 nov 2001]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/eddra/EddraEspana.htm>
- ³⁴³ Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't see more Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy to Effectiveness Transition. *Am J Public Health*. 2003;93(8):1261-7.

-
- ³⁴⁴ Rohrbach LA, Dent CW, Skara S, Sun P, Sussman S. Fidelity of Implementation in Proyecto Towards No Drug Abuse (TND): A comparison of Classroom Teachers and Program Specialists. *Prev Sci.* 2007;8:125-32.
- ³⁴⁵ Tobler NS, Roona M, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev.* 2000; 20(4):275-336.
- ³⁴⁶ Coggans N, Cheyne B, McKellar S. The Life Skills Training Drug Education Programme: a review of research. Scotland: University of Strathclyde, Scottish Executive Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme; 2003.
- ³⁴⁷ Thomas R, Perera R. Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2, Oxford: Update Software Ltd. [citado 29 ago 2011]. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ³⁴⁸ Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med.* 2003;37:451-74.
- ³⁴⁹ Canning U, Millward L, Raj T, Warm D. Drug use prevention among young people: a review of reviews. London: Health Development Agency; 2004.
- ³⁵⁰ Muller-Riemenschneider F, Bockelbrink A, Reinhold T, Rasch A, Greiner W, Willich SN. Long-Term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control.* 2008;17:301-12.
- ³⁵¹ Tripodi SJ, Bebder K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for Reducing Adolescent Alcohol Abuse. A meta-analytic Review. *Arc Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(1):85-91.
- ³⁵² Fletcher A, Bonell C, Hargreaves J. School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *J Adolesc Health.* 2008;42:209-20.
- ³⁵³ Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Educ Res.* 2007;22(2):177-91.
- ³⁵⁴ Botvin GJ, Griffin KW, Díaz T, Hill-Williams M. Drug abuse prevention among minority adolescents : posttest and one-year follow-up of a school-based smoking preventive intervention. *Prev Sci.* 2001;2:1-13.
- ³⁵⁵ Brown KS, Cameron R, Madill C, Payne ME, Filsinger S, Manske SR, et al. Outcome evaluation of a high school smoking reduction intervention based on extracurricular activities. *Prev Med.* 2002;35(5):506-10.
- ³⁵⁶ Walsh MM, Hilton JF, Ellison JA, Gee L, Chesney MA, Tomar SL, et al. Spit (smokeless) tobacco intervention for high school athletes. Results after 1 year. *Addictive Behav.* 2003;28(6):1095-113.

- ³⁵⁷ Ellickson PL, McCaffrey DF, Ghosh-Dastidar B, Longshore DL. New inroads in preventing adolescent drug use: results from a large scale trial of project ALERT in middle schools. *Am J Pub Health*. 2003;93:1830-6.
- ³⁵⁸ Spoth RL, Redmond C, Shin C. Randomized trial of brief family interventions for populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *J Consul Clin Psychol*. 2001;69(4):627-42.
- ³⁵⁹ Biglan A, Ary DV, Smolkowski K, Duncan T, Black C. A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tob Control*. 2000;9:24-32.
- ³⁶⁰ Werch C, Owen D, Carlson J et al. One-year follow-up results of the STARS for families alcohol prevention program. *Health Educ Res*. 2003;18:74-87.
- ³⁶¹ Brauman K, Foshee V, Ennett S, et al. Family matters: a family directed program designed adolescent tobacco and alcohol use. *Health Promot Pract*. 2001;2:81-96.
- ³⁶² Perry C, Williams C, Komro K, et al. Project Northland: long-term out of community action to reduce adolescent alcohol use. *Health Educ Res*. 2002;17:117-32.
- ³⁶³ Perry CL, Komro KA, Veblen-Mortenson S, Bosma LM, Farbakhsh K, Munson KA, et al. A randomized controlled trial of the middle and junior high school D.A.R.E. and D.A.R.E. plus programs. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:178-84.
- ³⁶⁴ Flay B, Graumlich S, Segawa E et al. Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African American youth. A randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:377-84.
- ³⁶⁵ Bond L, Patton G, Glover S, et al. The Gatehouse Project: can a multi-level school intervention affect emotional well-being and health risk behaviours? *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:997-1003.
- ³⁶⁶ Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addict Behav*. 2002; 27:1009-23.
- ³⁶⁷ Johnson CA, Unger JB, Ritt-Olson A, Palmer PH, Cen SY, Gallaher P, et al. Smoking prevention for ethnically diverse adolescents: 2 year outcomes of a multicultural, school-based smoking prevention curriculum in southern California. *Prev Med*. 2005;40(6):842-52.
- ³⁶⁸ Aveyard P, Sherratt E, Almond J, Lawrence T, Lancashire R, Griffin C, Cheng KK. The change-in-stage and update smoking status results from a cluster-randomized trial of smoking prevention and cessation using the transtheoretical model among British adolescents. *Prev Med*. 2001;33:313-24.
- ³⁶⁹ Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, Van Leerdam FJ, Spruijt RD, Sing RA. Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(9):675-80.
- ³⁷⁰ Hamilton G, Cross D, Resnicow K, et al. A school-based harm minimization smoking intervention trial: outcome results. *Addiction*. 2005;100:689-700.

- ³⁷¹ Sussman S, Sun P, McCuller WJ, Dent CW. Project towards no drug abuse: two year outcomes of a trial that compares health educator delivery to self-instruction. *Prev Med.* 2003;37:155-62.
- ³⁷² Schulze A, Mons U, Edler L, Pötschke-Langer M. Lack of sustainable prevention effect of the "Smoke-Free Class Competition" on German pupils. *Prev Med.* 2006;42:33-9.
- ³⁷³ Share M, Quinn M, Ryan C. Evaluation of a 5-year school-based county-wide smoking education programme. *Irish Med.* 2004;97:264-7.
- ³⁷⁴ De Vries H, Dijk F, Wetzels J, Mudde A, Kremers S, Ariza C, et al. The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): Effects after 24 and 30 months. *Health Educ Res.* 2006;21(1):116-32.
- ³⁷⁵ Torres A, Morales A, Ramallo Y, Ramos-Goñi JM, Linertová R, Duque B, et al. Evaluación de una intervención sobre tabaquismo en enseñanza secundaria. Programa ITES. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO Nº 2007/07.
- ³⁷⁶ Gómez JA, Luengo A, Romero E. Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema.* 2002;4:685-92.
- ³⁷⁷ Gázquez M, García JA, Espada JP. Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Health Addict.* 2009;9(2):185-208.
- ³⁷⁸ Shope J, Elliott M, Raghunathan T, Waller P. Long term follow-up of a high school Alcohol Misuse Prevention Programme's effect on students subsequent driving. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001;25(3):403-10.
- ³⁷⁹ Chatrou M, Maes S, Dusseldorp E, Seeger G. Effects of the Brabant smoking prevention programme: A replication of the Wisconsin programme. *Psychology and Health.* 1999;14:159-178.
- ³⁸⁰ Denson R, Stretch S. Prevention of smoking in elementary schools. *Canadian Journal of Public Health.* 1981;72:259-63.
- ³⁸¹ Gatta G, Malvezzi I, Sant M, Micheli A, Panico S, Ravasi G, et al. Randomized trial of primary school education against smoking. *Tumori.* 1991;77:367-71.
- ³⁸² Ausems M, Mesters I, Van Breukelen G, De Vries H. Effects of school and vocational school students. *Health Educ Res.* 2004;19:51-63.
- ³⁸³ World Health Organization. Prevention of psychoactive substance use. A selected review of what works in the area of prevention; 2002. [citado 10 dic 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental health/evidence/en/prevention_intro.pdf
- ³⁸⁴ Peters L, Kok G, TenDam G, Buijs GJ, Paulussen TGWM. Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health.* 2009;9:182. [citado 11 dic 2011]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/182>

- ³⁸⁵ Koning IM, Vollebergh W, Smit F, Verdurmen J, Van den Eijnden R, Ter Bogt T, et al. Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*. 2009;104:1669-78.
- ³⁸⁶ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública; 1986.
- ³⁸⁷ Ministerio de Educación y Ciencia. Secundaria Obligatoria. Transversales. Guía Documental y de recursos (Cajas Rojas). Madrid: Centro de Publicaciones del MEC; 1992.
- ³⁸⁸ Nebot M, Fernández E; Grupo de Trabajo en Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. Evaluación del impacto de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Barcelona: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- ³⁸⁹ Villalbí JR Valoración de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:805-20.
- ³⁹⁰ Brugha R, Tully N, Dicker P, Shelley E, Ward M, McGee H. SLAN 2007: survey of lifestyle, attitudes and nutrition in Ireland. Smoking patterns in Ireland: implications for policy and services. Department of Health and Children. Dublin: The Stationery Office II. [citado 11 jun 2011]. Disponible en: http://www.dohc.ie/publications/pdf/slan_smokingreport_pdf?direct=l
- ³⁹¹ Lund M. Smoke-free bars and restaurants in Norway. National Institute for Alcohol and Drug Research. [citado 11 jun 2011]. Disponible en: <http://www.globalink.org/documents/2005smokefreebarrestaurantsinNorway.pdf>
- ³⁹² The Scottish Government. Scotland's people. Annual report: results from 2007/2008. Scottish Household Survey. [citado 11 jun 2011]. Disponible en <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/283301/0085783.pdf>
- ³⁹³ Tramacere I, Gallus S, Zuccaro P, et al. Socio-demographic variation in smoking habits: Italy, 2008. *Prev Med*. 2009;48:213-7.
- ³⁹⁴ Ley 29/2009, de 30 de diciembre, por la que se modifica el régimen legal de la competencia desleal y de la publicidad para la mejora de la protección de los consumidores y usuarios. BOE 315 de 31/12/2009;112039-60.
- ³⁹⁵ Godfrey C. Young people, economics, alcohol and cost effective policies. Stockholm: WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol; 2001.
- ³⁹⁶ Jané M. Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. En: Becoña E. Monografía del tabaco. *Adicciones*. 2004;16(2):115-30.
- ³⁹⁷ Ariza C, Nebot M. La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*. 2004;16(2):359-77.
- ³⁹⁸ Eccles J, Gootman JA, eds. Community programs to promote youth development. Committee on community-level programs for youth. Washington, DC: National Academy Press; 2002.

- ³⁹⁹ Política Salud 21 para Europa: 21 objetivos para el siglo XXI. *Gac Med Bilbao*. 2001;98:29-32.
- ⁴⁰⁰ Giorgi A, Giorgi B. The descriptive phenomenological psychological method. In: Camic P, Rhodes JE, Yardley L. *Qualitative research in psychology*. Washington D.C.: A Psychol Association; 2003.
- ⁴⁰¹ Cuadras CM. *Métodos de Análisis Multivariante*. Eunibar; 1981.
- ⁴⁰² de Leeuw J, Mair P. Simple and Canonical Correspondence Analysis Using the R Package anacor. *Journal of Statistical Software*. 2009;31(5):1-18. [citado 10 ene 2011]. Disponible en: <http://www.jstatsoft.org/v31/i05/>
- ⁴⁰³ Popay J. Qualitative research and the epidemiological imagination: a vital relationship. *Gac Sanit* 2003;17(3):58-63.
- ⁴⁰⁴ World Health Organization. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva:WHO;1998b.
- ⁴⁰⁵ Center for Disease Control and Prevention. *Indicators for chronic disease surveillance*. *MMWR* 2004;53.
- ⁴⁰⁶ Grupo de expertos del PAPPS. *Recomendaciones sobre estilos de vida*. [citado 14 dic 2011]. Disponible en: <http://papps.org/prevencion/Estilo-Vida/p95.htm>
- ⁴⁰⁷ Argandoña A, Fontrodona J, García P. *Libro Blanco del Consumo Responsable de Alcohol en España*. España: Diageo, S.A.; 2009.
- ⁴⁰⁸ Foss C, Ellefsen B. The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *J Adv Nurs*. 2002;40:242-8.
- ⁴⁰⁹ Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J. *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis. 1994;287-316.
- ⁴¹⁰ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta sobre drogas a la población escolar 2002*. Madrid: Ministerio del Interior. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003.
- ⁴¹¹ Scholte RH, Poelen EA, Willemsen G, Boomsma DI, Engels RC. Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: the role of drinking father, mother, sibling and friends. *Addict Behav*. 2008; 33:1-14.
- ⁴¹² Mendoza R, López P. El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. *Adicciones*. 2007;19(4):341-356.
- ⁴¹³ Chassin L, Flora DB, King KM. Trajectories of Alcohol and Drug Use and Dependence From Adolescence to Adulthood: The effects of Familial Alcoholism and Personality. *J Abnorm Psychol*. 2004;113(4):483-498.
- ⁴¹⁴ Braverman MT, Svendsen T, Lund KE, Aaro LE. Tobacco use by early adolescents in Norway. *European J Public Health*. 2001;11:218-224.

- ⁴¹⁵ Ballester MT, Prevención del uso de drogas en el ámbito escolar. Escuela pública [Citado 20 sep 2011]. Disponible en: <http://www.amydep.com/Revista/numero5/v2n2a5.htm>
- ⁴¹⁶ Farke W, Anderson P. El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones*. 2007;19(4):333-40.
- ⁴¹⁷ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Manifiesto contra el consumo de bebidas alcohólicas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2011.
- ⁴¹⁸ Infante C, Rubio-Colavida JM. La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones*. 2003;16(2):59-73.
- ⁴¹⁹ American Academy of Pediatrics. Committee on substance abuse tobacco's toll: implications for the paediatrician. *Pediatrics*. 2001;107(4):794-8.
- ⁴²⁰ Fisher D. Environmental Strategies for Substance Abuse Prevention: Analysis of the Effectiveness of Policies To Reduce Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Problems 2000. [citado 26 jun 2011]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/.../att_94068
- ⁴²¹ Pettibone K, Kowalczyk S, Laestadius L. Environmental Strategies: selection guide, reference list, and examples of implementation guideline 2006. [citado 22 ago 2011]. Disponible en: http://www.dsamh.utah.gov/spf/pdf/environmental_strategies.pdf
- ⁴²² Organización Panamericana de la Salud. Por una juventud sin tabaco: adquisición de habilidades para una vida saludable. Washington, D.C.: OPS, 2001.
- ⁴²³ Shafey O, Fernández E, Thun M, Schiaffino A, Dolwick S, Cokkinides V. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982-1997: case Studies in International Tobacco Surveillance. *Cancer*. 2004;100:1744-9.
- ⁴²⁴ Rodríguez J, Agulló E, Agulló M. Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. En: Bobes J, Sáiz P. Monografía Drogas recreativas. Valencia; 2003:7-33.
- ⁴²⁵ Moral V. Cambios en las representaciones sociales sobre las drogas y sus usuarios en la sociedad española. *SMAD Salud Mental, Alcohol y Drogas* [Internet]. 2007 [citado 15 dic 2011];3(2). Disponible en: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
- ⁴²⁶ Organización Mundial de la Salud OMS. XII Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud. Helsinki 2003. [citado 24 mayo 2011]. Disponible en : <http://www.who.int/es/index.html>
- ⁴²⁷ Ayesta FJ, De la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? *Prev Tab*. 2001;3(3):155-60.
- ⁴²⁸ Soto F, Villalbí JR, Balcázar H, Valderrama J. La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. *An Eps Pediatr*. 2002;57:327-33.
- ⁴²⁹ Llorens N, Perelló M, Palmer A. Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*. 2004;16(4):1-6.
- ⁴³⁰ Cardenal CA, Adell MN. Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. *J Adolesc Health*. 2000;27(6):425-33.

- ⁴³¹ Sánchez L. Intervenciones preventivas sensibles a la perspectiva de género. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia. Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde; 2008.
- ⁴³² García L, González MT. Sustancias adictivas y adolescencia. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas; 2008.
- ⁴³³ Calafat A. El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*. 2007;19(3):217-24.
- ⁴³⁴ Calafat A, Juan M, Castillo A, Fernández C, Franco M, Pereiro C, Ros M. El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*. 2005;17(3):193-202.
- ⁴³⁵ Moral MV, Ovejero A, Sirvent C, Rodríguez FJ, Pastor J. Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*. 2009;31:125-38.
- ⁴³⁶ Ruiz-Olivares R, Lucena V, Pino MJ, Herruzo J. Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society and Education*. 2010;2(1):25-37.
- ⁴³⁷ Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Guía de alimentación saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004.
- ⁴³⁸ Bryant AL, Schulenberg J, O'Malley P, Bachman J, Johnston L. How Academic Achievement, Attitudes and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence: A 6 year, Multiwave National Longitudinal Study. *J Res Adolescence*. 2003;13(3):361-97.
- ⁴³⁹ López-Frías M, Fernández MF, Planells E, Miranda MT, Mataix J, Llopis J. Alcohol consumption and school efficiency in Spanish secondary school students. *J Stud Alcohol Drug*. 2001;62:741-44.
- ⁴⁴⁰ Díaz T, Martín E. Campaña de prevención del consumo de alcohol en jóvenes -3 X 1: sin alcohol disfrutarás el triple". *Transtornos adictivos*. 2002;4(2):88-91.
- ⁴⁴¹ Gaffney LR, Thorpe K, Young RM, Collet R, Occhipinti S. Social skills, expectancies and drinking in adolescents. *Addictive Behaviors*. 1998;23:587-600.
- ⁴⁴² Moral MV, Rodríguez FJ, Ovejero A, Sirvent C. Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol a adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Salud Mental* 2009;21(3):207-22.
- ⁴⁴³ Ovejero A. La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención Psicosocial*. 2000;9:35-48.
- ⁴⁴⁴ De Vries H, Engels R, Kremers S, Wetzels J, Mudde A. Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset: findings from six European countries. *Health Educ Res*. 2003;18(5):627-36.
- ⁴⁴⁵ Andrade P, Pérez C, Alfaro LB, Sánchez ME, López A. Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*. 2009;21(3):243-50.

- ⁴⁴⁶ Epstein J, Zhou X, Botvin G. Do Competence Skills Moderate the Impact of Social Influences to Drink and Perceived Social Benefits of drinking on alcohol Use Among Inner-City Adolescents? *Preventive Science*. 2007;8:65-73.
- ⁴⁴⁷ Epstein J, Botvin G. Media resistance skills and drug skill refusal techniques: What is their relationship with alcohol use among inner-city adolescents? *Addictive Behaviours*. 2008;33:528-37.
- ⁴⁴⁸ Latimer W, Floyd I, Kariis T, Novotna G, Exnerova P, O'Brien M. Peer and sibling substance abuse: Predictors of substance use among adolescents in Mexico. *Public Health*. 2004;15:225-32.
- ⁴⁴⁹ Botvin GJ. Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factors. *Addictive*. 2000;25:887-97.
- ⁴⁵⁰ Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2002;4(1):41-47.
- ⁴⁵¹ Marrón R, Pérez A, Clemente ML, Herrero I. Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prev Tab*. 2003;5(4):219-34
- ⁴⁵² Sawyer TM, Stevenson JF. Perceived Parental and peer Disapproval Toward Substances: Influences on Adolescent Decision-Making. *J Prim Prev*. 2008;29(6):465-77.
- ⁴⁵³ Wang MQ, Fitzhugh EC, Green BL, Turner LW, Eddy JM, Westerfield RC. Prospective social-psychological factors of adolescent smoking progression. *J adolesc health*. 1999;24:2-9.
- ⁴⁵⁴ Leal EA. Adolescentes y alcohol: la búsqueda de sensaciones en un contexto social y cultural que fomenta el consumo. *Apuntes de Psicología*. 2004;24(3):403-420.
- ⁴⁵⁵ Sargent JD, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics* 2001;108:1256-62.
- ⁴⁵⁶ Hernández MA, Barrueco M, González M, Torrecilla M, Jiménez CA, González MT. Nivel de autoeficacia de los directores escolares e influencia del mismo sobre la prevención del tabaquismo en la escuela. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:115-20.
- ⁴⁵⁷ Sy A, Glanz K. Factors influencing teacher's implementation of an innovative tobacco prevention curriculum for multiethnic youth: Project SPLASH. *J Sch Health*. 2008;78:264-73.
- ⁴⁵⁸ Plaza MD, Alonso A. El profesional sanitario ante el tabaquismo. *JANO*. 2001;60:45-8.
- ⁴⁵⁹ De la Cruz E, Tels JV, Monferrer R, Grupo SEDET. Educación sanitaria como instrumento útil en la disminución del consumo de tabaco en los adolescentes. *Prev Tab*. 2001;3:5-12.
- ⁴⁶⁰ Real Decreto de 4 de marzo de 1988, nº 192/1988. Limitaciones en su venta y uso para protección de la salud de la población.
- ⁴⁶¹ Martínez JM, Robles L, Trujillo HM. Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *International J Clin Health Psychol*. 2003;3(003):461-75.

- ⁴⁶² Gascon FJ, Jurado A. Consumo de tabaco entre escolares de ECG y su relación con el entorno. *An Esp Pediatr* 1999;50:451-54.
- ⁴⁶³ Barber P, González B, Pinilla J, Santana Y, Calvo JR, López A. Attitudes of teenagers towards cigarettes and smoking initiation. *Substance Use Misuse*. 2005;40:625-43.
- ⁴⁶⁴ Gruber J, Zinman J. Youth smoking in US: evidence and implications. NBER Working Paper; 2000.
- ⁴⁶⁵ Ariza C, Nebot M, Jané M, Tomás, De Vries H. El Proyecto ESFA en Barcelona: Un programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes. *Prev Tab*. 2001;3(2):70-7.
- ⁴⁶⁶ Peterson AV, Mann SL, Kealey KA, Marek PM. Experimental design and methods for school-based randomized trials: Experience from the Hutchinson Smoking Prevention Project (HSPP). *Control. Clin. Trials*. 2002; 21:144-65.
- ⁴⁶⁷ Instituto nacional de evaluación y calidad del sistema educativo. Resultados en España del estudio PISA 2000. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencias; 2005.
- ⁴⁶⁸ Instituto nacional de evaluación y calidad del sistema educativo. Resultados en España del estudio PISA 2003. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencias; 2005.
- ⁴⁶⁹ Instituto de Evaluación. Resultados en España del estudio PISA 2009. Madrid: Ministerio de Educación; 2010.
- ⁴⁷⁰ Ariza C, Nebot M, Tomás Z, Giménez E, Valmayor S, Tarilone V, De Vries H. Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. *Eur J Public Health*. 2008 Oct;18(5):491-7.
- ⁴⁷¹ Rodríguez SE, Díaz DB, Gutierrez SE, Guerrero JA, Gómez EL. Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud Mental*. 2011;34:27-35.
- ⁴⁷² García J, Owen E, Flórez L. Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología y Salud*. 2005; 15(1):135-151.
- ⁴⁷³ Chou C-P, Li Y, Unger JB, Xia J, Sun P, Guo Q, et al. A randomized intervention of smoking for adolescents in urban Wuhan, China. *Prev Med*. 2006;42:280-5.
- ⁴⁷⁴ EMCDDA. Gender-Specific approaches in responses to drug use. Annual report 2006: selected issues. [citado 15 dic 2011]. Disponible en: <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page018-en.html>
- ⁴⁷⁵ Vigna-Taglianti F, Vadrucchi S, Faggiano F, Burkhart G, Siliquini R, Galanti MR. Is universal prevention against youth's substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63:722-728.
- ⁴⁷⁶ Waldron I, Bratelli G, Carriker L, Sung W, Vogeli C, Waldma E. Gender differences in tobacco use in Africa, Asia, the Pacific and Latin America. *Soc Sci Med*. 1988;27(11):1269-75.
- ⁴⁷⁷ Eisen M, Zellman GL, Massett HA, Murray DM. Evaluating the Lions-Quest "Skills for Adolescents drug education program: first year behaviour outcomes. *Addictive Behav*. 2002;273:619-32.

- ⁴⁷⁸ La Torre G, Chiaradia G, Ricciardi G. School-based smoking prevention in children and adolescents: review of the scientific literature. *J Public Health*. 2005;13(6):285-90.
- ⁴⁷⁹ Bachman JG, Johnston LD, O'Malley PO. How changes in drug use are linked to perceived risks and disapproval: Evidence from national studies that youth and young adults respond to information about the consequences of drug use. En Plagia A, Room R. Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *J Prim Prev*. 1999;20:3-50.
- ⁴⁸⁰ Stothard B, Ashton M. Education's uncertain savior. *Drug and Alcohol Find*. 2000;3(4-7):16-20.
- ⁴⁸¹ Scheier LM, Botvin GJ, Griffin KW. Preventive intervention effects on developmental progression in drug use: structural equation modelling analyses using longitudinal data. *Prev Sci*. 2002;2: 91-112.
- ⁴⁸² World Health Organization. Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention 2002. Geneva: WHO; 2002 [citado 15 abr 2011] Disponible en: http://www.who.int/mental/evidence/en/prevention_intro.pdf
- ⁴⁸³ Furr-Holden CDM, Ialongo NS, Anthony JC, Petras H, Kellam SG. Developmentally inspired drug prevention: Middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug Alcohol Depend*. 2004;73:149-58.
- ⁴⁸⁴ Jackson C, Dickinson D. Enabling parents who smoke to prevent their children from initiating smoking: results from a 3 year intervention evaluation. *Arch Ped Adolescent Med*. 2006;160:56-62.
- ⁴⁸⁵ Simons-Morton B, Haynie D, Saylor K, Crump AD, Chen R. The effects of the going places program on early adolescent substance use and antisocial behaviour. *Prev Sci*. 2005;6:187-97.
- ⁴⁸⁶ Schwinn TM, Schinke SP. Preventing Alcohol Use Among Late Adolescent Urban Youth: 6-Year Result From a Computer-Based Intervention with and without parent involvement. *J Stud Alcohol Drugs* 2010;71(4):535-8.
- ⁴⁸⁷ Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivana FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *J Adolesc Health*. 2005;36:162-69.
- ⁴⁸⁸ Tobler NS, Stratton HH. Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *J Prim Prev*. 1997;18:71-128.
- ⁴⁸⁹ O'Loughlin J, Difranza J, Tyndale RF, Meshefedjian G, McMillan-Davey E, Clarke PB, Hanley J, Paradis G. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med*. 2003;25:219-225.
- ⁴⁹⁰ Bauman DG, Ennet ST, Foshee VA, Pemberton M, Hicks K. Correlates of participation in a family-directed tobacco and alcohol prevention program for adolescents. *Health Educ Behav* [Internet]. 2001 [citado 14 abr 2011];4:440-61. Disponible en: <http://www.pire.org/detail.asp?core=1795>
- ⁴⁹¹ Stanton B, Cole M, Galbraith J, et al. Randomized trial of a parent intervention: parents can make a difference in long term adolescent risk behaviours, perceptions, and knowledge. *Arch Ped Adolescent Med*. 2004;158:947-55.

-
- ⁴⁹² Al-Halabí S, Errasti JM, Fernández JR, Carballo JJ, Secades R, García O. El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*. 2009;21:39-48.
- ⁴⁹³ Hollis JF, Polen MR, Whilock EP, Lichtenstein E, Mullooly JP, Velicer WF, et al. Teen reach: Outcomes from a randomized controlled trial of tobacco reduction program for teens seen in primary medical care. *Pediatrics*. 2005;115:981-9.
- ⁴⁹⁴ Fidler W, Lambert TW. A prescription for health: a primary care based intervention to maintain the non-smoking status of young people. *Tob Control*. 2001;10:23-6.
- ⁴⁹⁵ Stevens MM, Olson AL, Gaffney CA, Tosteson TD, Mott LA, Starr P. A pediatric, practice-based, randomized trial of drinking and smoking prevention and bicycle helmet, gun, and seatbelt safety promotion. *Pediatrics*. 2002;109:490-7.
- ⁴⁹⁶ Kealey KA, Peterson AV, Gaul MA, Dinh KT. Teacher training as a behavior change process: principles and results from a longitudinal study. *Health Educ Behav* [Internet]. 2000; [citado 12 mayo 2011]; 27:64-81. Disponible en: <http://heb.sagepub.com/content/27/1/64.refs.html>
- ⁴⁹⁷ Khechinashvili G, Andall-Brereton G, Razum O, Cigarette smoking among school teachers in Tobago. *West Indian Med J*. 2004;53:260-2.

8. ANEXOS



Guión de entrevista grupal a adolescentes

Tabaquismo

Hola, buenos días, el motivo por el que estamos aquí reunidos es que nos gustaría conocer sus opiniones sobre algunos aspectos relacionados con el consumo de tabaco. Todas sus opiniones tendrán bastante importancia, ya que todo lo que ustedes piensen u opinen será válido, puesto que reflejará lo que piensan el resto de los chicos de su edad. Es decir no habrá opiniones buenas o correctas, ni opiniones malas o incorrectas. Por eso es muy importante que todos hablen, contesten a las preguntas que se irán planteando, y sobre todo que respeten las opiniones de los otros, no las critiquen.

La información recogida será analizada de forma anónima para preservar la intimidad de cada uno de ustedes.

Por último agradecerles de antemano, su presencia y colaboración con este proyecto, ya que sin ustedes no se podría realizar.

1. Concepción teórica del hábito

- ¿Qué sabes sobre las sustancias que contienen los cigarrillos?
- ¿Qué sabes de los efectos del tabaco?
- ¿Qué opinión tienes sobre el aspecto físico que ocasiona fumar o que tienen los fumadores? ¿Te molesta? ¿Lo aceptas?
- ¿Crees que fumar te puede hacer daño? ¿Te importa?
- ¿Crees que el tabaco le puede hacer daño al que NO fuma?

2. Actitud y motivación

- ¿Qué opinas sobre fumar? ¿Y sobre las personas que fuman?
- ¿Crees que está de moda fumar entre los chicos/as de tu edad?, ¿Cómo te sientes al respecto (si piensas que está de moda)?
- ¿Crees que fumar contribuye socialmente a marcar un estilo, un "look"?

No Fumador/a

- ¿Fumarías alguna vez en tu vida?
- ¿Cuál crees que es la razón por la que no fumas?
- ¿Por qué razón comenzarías a fumar?
- ¿Por qué crees que la gente de tu edad empieza a fumar?
- ¿Permitirían tus familiares que fumaras alguna vez? Si te prohibieran fumar, ¿lo aceptarías?

Fumador/a

- ¿Dejarías alguna vez de fumar?
- ¿Qué te motivaría dejar de fumar?
- ¿Cuál crees que es la razón por la que comenzaste a fumar? ¿Es la misma por la que sigues fumando?

- ¿Crees que la gente de tu edad que fuma se ha planteado dejar de fumar?
- ¿Crees que es fácil o difícil dejar de fumar? ¿Por qué?
- ¿Permiten tus familiares que fumes? Si te prohibieran fumar, ¿lo aceptarías?

3. Percepción de riesgo y capacidades

- ¿Realmente crees que consumir tabaco te va a producir daño, de aquí a un corto espacio de tiempo?
- Si tus amigos/as te piden que empieces a fumar, ¿qué harías?

4. Respeto

- ¿Te molesta que fumen a tu alrededor? ¿te incomoda?
- ¿Les pedirías que dejaran de fumar?
- ¿Te importa que tus amigos/as sean fumadores? ¿Te importa que tu familia fume? ¿Te importa que los profesores fumen? ¿Te importa que las personas que admiras, cantantes, deportistas, etc. fumen? ¿Te molestaría que tu pareja fumara? (Ahora en la actualidad o en futuro...)
- ¿Le pedirías a tu pareja, tus padres, personas importantes, que dejaran de fumar? (Ahora o en el futuro) ¿Y que fumaran?
- Y si estás en un lugar donde la gente fuma y además, por decreto está prohibido fumar, ¿cuál es tu postura?

5. Patrón de consumo

- ¿Piensas que los chicos/as de tu edad fuman mucho o poco?
- ¿En qué momentos crees que tus compañeros/as o amigos/as de tu edad fuman más?
 - Los fines de semana cuando están con los amigos/as, con la pandilla, en tiempo de ocio, en casa, en el instituto, etc.

Fumador/a

- ¿En qué momentos fumas más?
 - Los fines de semana cuando estás con los amigos/as, con la pandilla, en tiempo de ocio, en casa, ¿te cuesta NO fumar en el tiempo que estás en el instituto?
- ¿En casa fuma alguien? ¿Qué te parece?
- ¿Crees que los profesores fuman en el instituto? ¿Qué te parece?
- ¿Te parece bien que fumen los adultos? ¿Lo vez "normal", es "natural"?
- ¿Tus amigos/as fuman? ¿Qué te parece?

6. Acciones

- ¿Qué le aconsejarías a un chico/a más joven, respecto al tabaco?
 - Sobre sus efectos, sus consecuencias, sensaciones que provocan
- ¿Qué ideas se te ocurren para que no empiece a fumar?
- ¿Qué ideas se te ocurren para ayudarlo para que deje de fumar?
- Si quisieras o tuvieras que dejar de fumar, ¿cómo lo harías?
- ¿Qué aspectos se trabajan en clase relacionados con este tema?

- Normativas, publicidad, efectos, consecuencias, historia de estos productos, etc.
- ¿Te gustaría que se trabajara este tema? ¿O que se siguieran trabajando?
- ¿Qué crees que se podría hacer en el instituto para abordar estos temas o mejorarlos?
- ¿Cómo estarías dispuesto a participar en proyectos que abordaran estos temas y hasta qué grado?
 - ¿Asistiendo?
 - ¿Preparando materiales?
 - ¿Ayudando a compañeros para que dejen de fumar?

7. Tiempo libre

- ¿Cómo te diviertes? ¿Cómo pasas tu tiempo libre?
- ¿Cómo pasas los fines de semana?
- ¿Dispones de dinero para gastar? ¿De dónde obtienes el dinero? ¿Cómo inviertes el dinero?

8. Publicidad

- ¿Qué piensas sobre la publicidad del tabaco?
 - ¿Piensas que va dirigida a ti o a gente de tu edad? ¿Te gusta?
 - ¿te parece curiosa, divertida, efectiva?
- ¿Crees que la gente empieza a fumar porque lo dicen los anuncios?
- ¿Qué logotipo de las marcas de tabaco eres capaz de reconocer?
- ¿Cuál es tu opinión sobre los anuncios de TV para que la gente deje de fumar?
- ¿Crees que sirven para algo las advertencias sanitarias que aparecen en las cajetillas de tabaco?
- Si organizaras una fiesta o un equipo deportivo, ¿buscarías a una empresa de tabaco para que lo patrocinara?
 - ¿Empezarías a fumar por conseguir algún regalo de las promociones que hacen las campañas tabaqueras?
 - ¿Cambiarías de marca de tabaco por conseguir esos productos en promoción?

9. Legislación

- ¿Qué conoces sobre la legislación respecto al tabaco?
- ¿Cuál es la opinión que tienen respecto a esta legislación?
 - Es suficiente /insuficiente/demasiado restrictiva
 - Sobre las normativa de los mensajes sanitarios en las cajetillas de tabaco
 - Sobre la prohibición de fumar en sitios públicos
 - Sobre fumar en el centros docentes (colegios, institutos, universidad)
- ¿Añadirías alguna otra?
- ¿Eliminarías algún aspecto?

Guión de entrevista grupal a adolescentes

Consumo de bebidas alcohólicas

Hola, buenos días, el motivo por el que estamos aquí reunidos es que nos gustaría conocer sus opiniones sobre algunos aspectos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas. Todas sus opiniones tendrán bastante importancia, ya que todo lo que ustedes piensen u opinen será válido, puesto que reflejará lo que piensan el resto de los chicos de su edad. Es decir no habrá opiniones buenas o correctas, ni opiniones malas o incorrectas. Por eso es muy importante que todos hablen, contesten a las preguntas que se irán planteando, y sobre todo que respeten las opiniones de los otros, no las critiquen. La información recogida será analizada de forma anónima para preservar la intimidad de cada uno de ustedes.

Por último agradecerles de antemano, su presencia y colaboración con este proyecto, ya que sin ustedes no se podría realizar.

1. Concepción teórica del hábito

- ¿Qué sabes de los efectos del alcohol?
- ¿Conoces algún truco para que no se manifiesten o noten externamente los efectos del consumo de alcohol? ¿Cuáles?
- ¿Cuál es tu opinión sobre un consumo excesivo?
- ¿Cuál es la diferencia entre borrachera y alcoholismo?
- ¿Crees que beber te puede hacer daño? ¿Te importa?
- ¿Crees que beber aporta algún beneficio?
- ¿Crees que el alcohol puede hacer daño al que NO bebe?

2. Actitud y motivación

- ¿Qué piensas sobre el consumo de bebidas alcohólicas? ¿Y sobre las personas que beben?
- ¿Qué piensas sobre las personas que se emborrachan?
- ¿Crees que está de moda beber entre los chicos/as de tu edad?, ¿Cómo te sientes al respecto (si piensas que está de moda)?
- ¿Crees que el beber contribuye socialmente a marcar un estilo, un "look"?

No Bebedor/a

- ¿Beberías alguna vez en tu vida?
- ¿Cuál crees que es la razón por la que no bebes?
- ¿Por qué razón comenzarías a beber?
- ¿Por qué crees que la gente de tu edad empieza a beber?

- ¿Permitirían tus familiares que bebieras alguna vez? Si te prohibieran beber, ¿lo aceptarías?

Bebedor/a

- ¿Dejarías alguna vez de beber?
- ¿Qué te motivaría dejar de beber?
- ¿Cuál crees que es la razón por la que comenzaste a beber? ¿Es la misma por la que sigues bebiendo?
- ¿Crees que la gente de tu edad, que bebe, se ha planteado dejar de beber?
- ¿Crees que es fácil o difícil dejar de beber? ¿Por qué?
- ¿Permiten tus familiares que bebas? Si te prohibieran beber, ¿lo aceptarías?

3. Percepción de riesgo y capacidades

- ¿Realmente crees que consumir alcohol te va a producir daño, de aquí a un corto espacio de tiempo?
- Si tus amigos/as te piden que empieces a beber, ¿qué harías?

4. Respeto

- ¿Te molesta que todos beban a tu alrededor? ¿te incomoda?
- ¿Te molesta que se emborrachen a tu alrededor? ¿te incomoda?
- ¿Les pedirías que dejaran de emborracharse?
- ¿Te importa que tus amigos/as sean bebedores/as? ¿Te importa que tu familia beba? ¿Te importa que los profesores beban? ¿Te importa que las personas que admiras, cantantes, deportistas, etc. beban? ¿Te molestaría que tu pareja bebiese? (Ahora en la actualidad o en futuro...)
- ¿Te importa que tus amigos/as se emborrachen? ¿Te importa que tu familia emborrache? ¿Te importa que las personas que admiras, cantantes, deportistas, etc. se emborrachen? ¿Te molestaría que tu pareja se emborrachase? (Ahora en la actualidad o en futuro...)
- ¿Le pedirías a tu pareja, tus padres, personas importantes, que dejaran de beber y/o emborracharse? (Ahora o en el futuro) ¿Y que bebieran?
- Y si estás en un lugar donde la gente bebe y además, por decreto está prohibido beber ¿cuál es tu postura?

5. Patrón de consumo

- ¿Piensas que los chicos/as de tu edad beben mucho o poco?
- ¿Qué es lo que suelen beber los chicos/as de tu edad?
- ¿Qué cantidad de copas suelen tomar cuando beben?
- ¿En qué momentos crees que tus compañeros/as o amigos/as de tu edad beben más?
 - Los fines de semana cuando están con los amigos/as, con la pandilla, en tiempo de ocio, en casa, en el instituto, etc.

Bebedor/a

- ¿Qué es lo que sueles beber?
- ¿Qué cantidad de copas sueles tomar cuando bebes? ¿Bebes más cantidad ahora, que cuando comenzaste a beber?
- ¿En qué momentos bebes más?
 - Los fines de semana cuando estás con los amigos/as, con la pandilla, en tiempo de ocio, en casa, en el instituto, etc.
- ¿En casa bebe alguien? ¿Qué te parece?
- ¿Crees que los profesores del instituto beben? ¿Qué te parece?
- ¿Te parece bien que beban los adultos? ¿Lo vez "normal", es "natural"?
- ¿Tus amigos/as beben? ¿Qué te parece? ¿Conoces a algún chico/a que haya tenido problemas por beber? ¿qué tipo de problema era?

6. Acciones

- ¿Qué le aconsejarías a un chico/a más joven, respecto al consumo de bebidas alcohólicas?
 - Sobre sus efectos, sus consecuencias, sensaciones que provocan
- ¿Qué ideas se te ocurren para que no empiece a beber?
- ¿Qué ideas se te ocurren para ayudarlo para que deje de beber?
- Si quisieras o tuvieras que dejar de beber, ¿cómo lo harías?
- ¿Qué aspectos se trabajan en clase relacionados con este tema?
 - Normativas, publicidad, efectos, consecuencias, historia de estos productos, etc.
- ¿Te gustaría que se trabajara este tema? ¿O que se siguieran trabajando?
- ¿Qué crees que se podría hacer en el instituto para abordar estos temas o mejorarlos?
- ¿Cómo estarías dispuesto a participar en proyectos que abordaran estos temas y hasta qué grado?
 - ¿Asistiendo?
 - ¿Preparando materiales?
 - ¿Ayudando a compañeros para que dejen de beber?

7. Tiempo libre

- ¿Cómo te diviertes? ¿Cómo pasas tu tiempo libre?
- ¿Cómo pasas los fines de semana?
- ¿Dispones de dinero para gastar? ¿De dónde obtienes el dinero? ¿Cómo inviertes el dinero?

8. Publicidad

- ¿Qué piensas sobre la publicidad del alcohol?
 - ¿Piensas que va dirigida a ti o a gente de tu edad? ¿Te gusta?
 - ¿te parece curiosa, divertida, efectiva?

- ¿Crees que la gente empieza a beber porque lo dicen los anuncios?
- ¿Eres capaz de reconocer la música de los anuncios de bebidas con alcohol de TV, cine?
- ¿Crees que se debería hacer algo similar a lo que se hace en las cajetillas de los cigarrillos, en las botellas o en los envases de las bebidas alcohólicas?, ¿o en los puntos de venta?
- ¿Cuál es tu opinión sobre los anuncios de TV para que la gente deje de beber? ¿Propondrías, al margen de la campaña de la DGT, otras campañas que aborden los problemas ocasionados por el consumo de alcohol?
- Si organizaras una fiesta o un equipo deportivo, ¿buscarías a una empresa de bebidas alcohólicas para que lo patrocinara?
 - ¿Empezarías a beber por conseguir algún regalo de las promociones que hacen los fabricantes de bebidas alcohólicas?
 - ¿Cambiarías de tipo de bebida por conseguir esos productos en promoción?

9. Legislación

- ¿Qué conoces sobre la legislación respecto al alcohol?
- ¿Cuál es la opinión que tienen respecto a esta legislación?
 - Es suficiente /insuficiente/demasiado restrictiva
 - Sobre la prohibición de beber en sitios públicos
- ¿Añadirías alguna otra?
- ¿Eliminarías algún aspecto?

Guión de entrevista individual a docentes

1. Percepciones sobre los hábitos de sus alumnos

- ¿Creen ustedes que son muchos los alumnos que fuman o beben?
- ¿Y los que fuman y/o beben, en qué cantidad lo hacen?
- Comparado con cursos anteriores, ¿creen que ahora la situación es distinta? ¿en qué sentido?
- ¿Qué opinan respecto a que los alumnos desarrollen estos hábitos a esas edades?
- ¿Los que fuman o beben se corresponden con los más conflictivos?

2. Percepciones y experiencias sobre intervenciones de educación para la salud

- ¿Creen ustedes que el Centro podría desempeñar algún papel respecto a estos hábitos
- ¿Ha hecho quizás algo el Centro al respecto?
- ¿Ha servido para algo?
- ¿Quién suele participar en estas acciones?
- ¿Y ustedes personalmente por iniciativa propia podrían hacer algo al respecto?
- ¿Cómo podrían realizarlo? Desde el currículum, desde las tutorías, sirviendo de ejemplo de conducta como educadores que son, etc.
- ¿Han realizado alguna acción educativa respecto al consumo de tabaco y alcohol?
- ¿Podría especificar dichas acciones, desde el currículum, desde tutorías, sirviendo de ejemplo...?
- ¿Por qué lo han hecho? ¿Qué les ha llevado a realizarlo?
- ¿Con qué recursos han contado?
- ¿Qué problemas, barreras o dificultades han encontrado a la hora de realizar este tipo de acciones (tanto desde el centro como por iniciativa propia)?
 - Que los alumnos lo vean más como una pérdida de clase que como algo útil o algo que pueda interesarles
 - Falta de formación sobre estos temas
 - Falta de recursos materiales para abordarlos
 - Falta de tiempo para realizarlos
 - Que no les "llega" a los alumnos, que pasan de la información, que no es creíble, que no les gusta
 - Que los niños luego ven a algunos profesores fumando y las acciones realizadas pierden credibilidad
- ¿Cómo creen ustedes que se podrían superar estas barreras?
 - ¿Estarían dispuestos a realizar un curso de formación en esta materia? ¿En tu jornada laboral o fuera de ella?
 - ¿Estarías dispuesto a no fumar en el Centro (delante de tus alumnos), para servir de ejemplo?
 - ¿Facilitaría el desarrollo de estas acciones, el disponer de recursos ya elaborados?
 - ¿te gustaría participar en la elaboración del material didáctico?
 - ¿Los problemas de tiempo para desarrollar estas acciones se solucionarían utilizando las horas de tutorías?

3. Sistema de captación

- ¿Cómo podríamos motivar a los alumnos para que le den importancia, que les guste?
- ¿Creen que a partir de los líderes de la clase se podrán trabajar mejor estos temas? ¿Sabrían identificarlos?

4. Percepción del trabajo con las familias y otras instituciones

- ¿Creen ustedes que estos temas se podrían trabajar con las familias de modo paralelo?
- ¿Qué se les ocurre para que sea efectivo?
- ¿Ya lo han hecho con anterioridad? ¿Por propia iniciativa? ¿O a nivel del Centro escolar?
- ¿Qué barreras han encontrado o se podrían encontrar a la hora de trabajar con las familias?
- ¿Cómo se podrían superar?
- ¿Sabrías decirme si otras instituciones (Ayuntamiento, Centro de Salud) han trabajado estos temas con el centro o invitados por algún profesor en concreto?
- ¿Conocen al personal sanitario que lleva a cabo este tipo de actuaciones en los institutos? ¿Se suele trabajar en equipo conjuntamente con ellos?
- ¿Qué opinión tienen respecto a este tipo de intervenciones en los institutos por parte de los sanitarios? ¿Creen que es mejor que la sigan llevando a cabo ellos?
- ¿Preferirían que lo sigan haciendo ellos en lugar de los profesores?

5. Conductas personales, opiniones y capacidades respecto al tabaco

- ¿Fumas?
- ¿Cuántos cigarrillos diarios fumas?
- ¿Desde cuando fumas?
- ¿Fumas en el instituto? ¿En qué lugares? ¿Delante de tus alumnos?
- ¿Dejarías de fumar delante de los alumnos del instituto?
- ¿Conoces la legislación respecto a los sitios en donde está prohibido fumar?
- ¿Te preocupas por que se cumpla la legislación (por ejemplo decirle a los alumnos que no se puede fumar, a tus compañeros)?
- ¿Te importa que fumen los alumnos del instituto? ¿Te importa que te vean fumando?
- ¿Te has planteado dejar de fumar? ¿Qué motivos te ha llevado a tomar esa decisión?
- Si no fumas, ¿estarías dispuesto a ayudar a tus compañeros a dejar de fumar?
- ¿Qué se te ocurriría para que el instituto sea un "Centro Libre de Humos"?

Guión de entrevista individual a profesionales sanitarios

1. Captación de los adolescentes

- ¿Tienes oportunidad de contactar con adolescentes de la Zona Básica?
- ¿Me puedes especificar a través de qué sistemas los captas?

2. Percepción sobre los hábitos de los adolescentes de la zona básica de Arucas

- ¿Qué percepción tienes respecto los adolescentes de la zona, fuman y beben muchos?
- ¿Y los que fuman y beben lo hacen en mucha cantidad?
- Comparando con años anteriores ¿Crees que la situación es distinta? ¿En qué sentido?
- ¿Qué opinas de que los adolescentes desarrollen estos hábitos?

3. Percepción y experiencias sobre intervenciones de EpS.

- ¿Me podrías comentar las acciones que se han desarrollado desde el Centro de Salud? Para saber de donde partimos.
- ¿Ha servido para algo?
- ¿Quién participa normalmente en estas acciones?
- ¿Me podrías comentar tu implicación en este campo?
- ¿Cómo crees que podríamos abordarlo?
 - Desde la consulta
 - Desde los institutos
 - Desde un programa
 - Desde momentos puntuales
 - Ejemplaridad
 - Otros
- Barreras o dificultades que han encontrado a la hora de realizar este tipo de acciones (tanto desde el centro como por iniciativa propia)
 - La forma de captarlos
 - Falta de recursos
 - Falta de formación
 - Falta de tiempo
 - Pérdida de credibilidad por falta de ejemplaridad
 - Modelo organizativo: tiempo, disponibilidad
 - Población adolescente: complicada.
- ¿Cómo crees que se podrían superar estas barreras?
- ¿Estarías dispuesto a elaborar recursos?
- ¿Estarías dispuesto a no fumar en el Centro o durante tu jornada laboral?

- ¿Qué te motivaría para implicarte en este proyecto?

4. Percepción del trabajo con las familias y otras instituciones

- ¿Crees que estos temas se pueden trabajar con las familias de modo paralelo?
- ¿Qué experiencias tienes con ellas?
- ¿Qué se les ocurre para que sea efectivo?
- ¿Qué barreras encontraron?
- ¿Cómo podemos superarlas?
- ¿Tienes conocimiento de si otras instituciones han trabajado este tema?
- ¿Sueles trabajar conjuntamente con otros profesionales (maestros, animadores, trabajadores sociales...)? ¿Has participado en las acciones anteriormente descritas?
- ¿Qué opinión tienes respecto a salir del centro para trabajar en los institutos?
- ¿Estarías dispuesto a trabajar conjuntamente con ellos?

5. Creencias, opiniones y conductas personales respecto al tabaco

- ¿Fumas?
- ¿Cuál es tu patrón?
- ¿Desde cuando fumas?
- ¿Fumas en el centro?
- ¿Qué opinas de la legislación?
- ¿Te preocupas porque se cumpla?
- ¿Te importa que te vean fumando?
- ¿Te has planteado dejar de fumar? ¿Qué motivos te ha llevado a tomar esa decisión?
- ¿Estarías dispuesto a ayudar a tus compañeros y otros profesionales a dejar de fumar?
- Si no fumas ¿Eres fumador pasivo?
- ¿Este podría ser un centro libre de humo?

Cuestionario-Diagnóstico



CÓDIGO:

La información recogida en este cuestionario anónimo es confidencial y está sujeta a secreto profesional. Nos aporta información muy importante sobre los hábitos de vida de los adolescentes y jóvenes de Gran Canaria.

Muchísimas gracias por su colaboración.



1. Edad.....

2. Género

- Hombre
 Mujer

3. Curso.....

4. Instituto.....

5. ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzado por tus padres?

	Padre	Madre
No sabe leer ni escribir		
Sabe leer y escribir pero no ha terminado Primaria		
Estudios obligatorios; Primaria, antes EGB		
BUP o FP o Bachiller		
Estudios universitarios		
No sé lo que ha estudiado		

6. ¿En qué trabaja tu padre?.....

7. ¿En qué trabaja tu madre?.....

8. ¿Cómo obtienes dinero para tus gastos?

Mis padres me lo dan cuando se lo pido	
Mis padres me dan una paga	
Me lo regalan otros familiares	
No manejo dinero	
Otras fuentes.....	

9. Aproximadamente ¿de cuánto dinero dispones a la semana?

- Menos de 3 €
 Entre 3 y 6 €
 Más de 6 hasta 12 €
 Más de 12 € hasta 30 €
 Más de 30 €

10. Señala con una cruz las personas que viven contigo en tu casa

Padre	
Madre	
Mi/mis hermanos mayores	
Mi/mis hermano/s menores	
Mis abuelos	
Otros familiares, ¿quiénes?	
Otras personas, ¿quiénes?	

TABACO

1. ¿Has fumado alguna vez en tu vida por lo menos varias caladas seguidas?

- Si
 No

2. ¿Has fumado por lo menos varias caladas seguidas en los últimos 12 meses?

- Si
 No

3. ¿Has fumado por lo menos varias caladas seguidas en el último mes?

- Si
 No

4. ¿Cuántas veces acostumbras a fumar por lo menos varias caladas seguidas?

- No fumo
 Fumo todos los días
 Fumo alguna vez a la semana
 Fumo alguna vez al mes
 Fumo algunas veces al año

5. Cuando fumas cigarrillos enteros, ¿cuántos cigarrillos te fumas?

- No fumo nada
 No fumo cigarrillos enteros
 Cantidad de cigarrillos fumados entre semana.....
 Cantidad de cigarrillos fumados el fin de semana.....

6. ¿A qué edad probaste el tabaco por primera vez?.....años. Nunca lo he probado

7. ¿Quién te invitó a fumar por primera vez?

- Nunca he fumado
 Nadie me ha invitado
 Mis padres
 Mis hermanos
 Mis amigos
 Mis compañeros del instituto o colegio
 Otras personas, ¿quiénes?.....

8. ¿A qué edad empezaste a fumar varias caladas seguidas?..... años. Nunca

9. ¿Cómo consigues los cigarrillos habitualmente?

- No fumo nada
 Los compro por unidad
 Compro una cajetilla
 Compro un cartón
 Los pido
 Se los quito a mis padres
 Otros.....

10. Selecciona de las siguientes opciones el lugar o lugares donde sueles fumar

No fumo	
En casa	
En casa de los amigos	
En la calle	
En el parque	
En el patio del instituto	
A la salida del instituto	
En las fiestas, verbenas, asaderos	
En otros lugares, especifica dónde.....	

11. ¿Te has planteado alguna vez dejar de fumar?

- No fumo
- No me lo he planteado
- Sí, lo antes posible
- Sí, pero no sé cuando
- Sí, cuando sea mayor

12. Señala cuál o cuáles de las siguientes personas fuman habitualmente

Padre	
Madre	
Algún hermano	
Amigos	
Compañeros de clase	
Profesores	
Otras personas próximas a ti, especifica quién o quienes.....	

13. Si fumas ¿Lo saben tus padres?

- No fumo
- Si
- No
- No lo se

**14. Elige la principal razón por la cual tú crees que la gente joven empieza a fumar:
Marca sólo una respuesta.**

- Por curiosidad
- Porque sus amigos fuman
- Porque no se atreven a decir que no
- Para sentirse mayor
- Para ser aceptado en el grupo
- Porque se lo prohíben en casa
- Por llamar la atención

15. Elige la principal razón por la cual tú crees que la gente joven continua fumando: Marca sólo una respuesta.

- Porque sus amigos fuman
- Porque no se atreven a decir que no
- Para sentirse mayor
- Para ser aceptado en el grupo
- Porque se lo prohíben en casa
- Por llamar la atención
- Porque le gusta
- Porque no puede dejarlo

16. Señala el grado de acuerdo que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde 1 significa NO ESTOY EN ABSOLUTO DE ACUERDO y 5 significa ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO)

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo		Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
“Fumar puede hacerte daño”					
“Fumar hace menos daño cuando eres joven”					
“Fumaré alguna vez en la vida”					
“Me disgusta que mis padres fumen o fumarán”					
“Me daría lo mismo que mis hermanos o primos más pequeños que yo fumarán”					
“Me da lo mismo que fumen a mi alrededor”					
“La venta de tabaco debería estar prohibida en todas las edades”					
“Estar al lado del que fuma puede hacerte daño”					

17. Señala el grado de acuerdo que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde 1 significa NO ESTOY EN ABSOLUTO DE ACUERDO y 5 significa ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO)

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo		Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
“Fumar es divertido”					
“Fumar me hace sentir mayor”					
“Me siento importante si fumo”					
“Fumar ayuda a hacer amigos”					
“Fumar ayuda a relacionarte con personas del otro sexo”					
“Es normal fumar a partir de cierta edad”					
“Mis padres se enfadarían si se enteran que fumo”					
“Lo importante es no tragarse el humo”					

18. Señala el grado de capacidad que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde 1 significa “SOY TOTALMENTE INCAPAZ” y 5 significa “SOY TOTALMENTE CAPAZ”)

Imagínate que te encuentras en las siguientes situaciones y contesta ¿Hasta qué punto te sientes capaz de NO fumar si...?

	Nada capaz	Poco capaz		Muy capaz	Totalmente capaz
	1	2	3	4	5
Soy el único del grupo que no fuma					
Te invitan tus amigos a fumar					
Te invita un chico/a que te gusta mucho					
Te invita alguien mayor que tú					
Si tu mejor amigo insiste mucho					
Hay alguien fumando a tu alrededor					
En los lugares en los cuales está prohibido fumar					
Te lo prohíben					

ALCOHOL

1. ¿Alguna vez has probado alguna bebida alcohólica?

- Si
- No

2. ¿A qué edad probaste el alcohol por primera vez?.....años. Nunca lo he probado.

3. Selecciona de las siguientes opciones el lugar donde fue esa primera vez

- No lo he probado nunca
- En casa, un día cualquiera
- En casa de un familiar o amigo, un día cualquiera
- En una pequeña fiesta con amigos
- En una fiesta familiar
- En una fiestas popular o verbena, asadero
- En el botellón
- En un local (bar, discoteca, etc)
- En el instituto
- A la salida del instituto
- En otros lugares, especifica dónde.....

4. ¿Quién te invitó a probar el alcohol por primera vez?

- Nunca lo he probado
- Nadie me invitó
- Mi padre
- Mi madre
- Mis hermanos
- Mis amigos
- Mis compañeros del instituto o colegio
- Un familiar
- Otras personas, ¿quiénes?.....

5. ¿Has bebido alcohol, al menos cuatro días, en el último mes?

- Si
- No

6. ¿Cuándo acostumbras a beber alcohol?

- Nunca
- Suelo beber a diario
- Alguna vez a la semana
- Alguna vez al mes
- Algunas veces al año

¿Cuándo? Los fines de semana Entre semana

7. Contestar solo si eres una mujer:

	SI	NO
¿Has bebido alguna vez 2 o más vasos seguidos?		
¿Desde que edad?		
¿Lo has repetido varias veces en los últimos 6 meses?		

8. Contestar solo si eres un hombre:

	SI	NO
¿Has bebido alguna vez 3 o más vasos seguidos?		
¿Desde que edad?		
¿Lo has repetido varias veces en los últimos 6 meses?		

9. ¿Te has emborrachado alguna vez?

- Si
- No

10. ¿A qué edad te emborrachaste por primera vez?.....años. Nunca me he emborrachado

11. En los últimos 6 meses ¿te has emborrachado dos veces o más?

- Si
- No

12. ¿Te has encontrado mal (mareos, ganas de vomitar, dolor de cabeza, etc.) después de beber alcohol?

- Nunca he bebido
- Si, me pasa siempre que bebo
- Me suele pasar cuando bebo
- No me suele ocurrir
- Sólo me pasó la primera vez
- No me ha ocurrido nunca

13. ¿Has tomado alguna bebida alcohólica que tú mismo hayas comprado? (al menos una vez)

- Si
- No

14. ¿Cómo consumes habitualmente la bebida alcohólica?

- No consumo nada
- Solo bebo cuando no me cuesta dinero (cuando te puedes colgar)
- Bebo cuando compro la bebida en grupo con mis amigos
- Compro sólo lo que voy a beber y no lo comparto
- Se la quito a mis padres y la comparto con mis amigos
- Se la quito a mis padres y me la bebo yo solo
- De otras maneras.....

15. Selecciona de las siguientes opciones el lugar o lugares donde sueles beber

No bebo	
En casa, un día cualquiera	
En casa de un familiar o amigo, un día cualquiera	
En pequeñas fiestas con amigos	
En las fiestas familiares	
En fiestas popular o verbena, asadero	
En el botellón	
En un local (bar, discoteca, etc)	
En el instituto	
A la salida del instituto	
En otros lugares, especifica dónde	

16. ¿Te has planteado alguna vez dejar de beber?

- No bebo
- No me lo he planteado
- Sí, lo antes posible
- Sí, pero no se cuando
- Sí, cuando sea mayor

17. ¿Te has planteado alguna vez no emborracharte?

- No bebo
- Nunca me emborracho
- No me lo he planteado
- Sí, lo antes posible
- Sí, pero no se cuando
- Sí, cuando sea mayor

18. Actualmente yo bebo:

	Yo no bebo	Suelo beber a diario	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Algunas veces al año
Cerveza					
Vino y similares					
Bebidas de alta graduación (combinados)					
Bebidas de alta graduación (licores...)					

19 Si bebes alcohol ¿Lo saben tus padres?

- No bebo
- Si
- No
- No lo se

20. ¿Qué probaste antes?

- No he probado nada
- El alcohol
- El tabaco
- Otras drogas (porros, éxtasis, cocaína ...)

21. Señala cuál o cuáles de las siguientes personas consumen alcohol

Padre	
Madre	
Algún hermano	
Amigos	
Compañeros de clase	
Profesores	
Otras personas próximas a ti, especifica quién o quienes	

22. ¿Sueles reunirte con tus amigos en lugares en los que se consumen bebidas alcohólicas (aunque tú no lo hagas)?

- Siempre que puedo
- Con frecuencia
- Alguna que otra vez
- Nunca
- No lo sé (no sé si se consume alcohol)

23. ¿En las fiestas familiares en las que tú también estás ¿se consume alcohol?

- Si
- No
- No lo se

24. ¿Alguna vez has comprado una bebida alcohólica (aunque no fuese para ti)?

- Si
- No

25. ¿Para quién la compraste?.....

26. Selecciona de las siguientes opciones el lugar o lugares donde sueles comprar la bebida alcohólica

Nunca he comprado una bebida alcohólica	
En un bar	
En un pub o discoteca	
En un supermercado	
En una tienda de comestible	
En una verbena o fiesta popular	
En una gasolinera	
En un 24 horas	
En otros sitios. Especifica	

27. Señala el grado de acuerdo que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde **1 significa NO ESTOY EN ABSOLUTO DE ACUERDO y 5 significa ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO**)

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo		Mucho de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
“Beber puede llegar a hacerte daño”					
“Beber hace menos daño cuando eres joven”					
“Beberé alguna vez en la vida”					
“Me disgusta que mis padres beban o bebiesen”					
“Me daría lo mismo que mis hermanos o primos más pequeños que yo bebieran”					
“me da lo mismo que se emborrachen a mi alrededor”					
“La venta de bebidas alcohólicas debería estar prohibida en todas las edades”					
“Subir a un coche con alguien que ha bebido puede ser peligroso”					

28. Señala el grado de acuerdo que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde **1 significa NO ESTOY EN ABSOLUTO DE ACUERDO y 5 significa ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO**)

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo		Mucho de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
“Beber es divertido”					
“Beber me hace sentir mayor”					
“Me siento importante si bebo”					
“Beber ayuda a hacer amigos”					
“Beber ayuda a relacionarte con personas del otro sexo”					
“Beber ayuda a olvidar los problemas”					
“Beber es necesario para pasárselo bien”					
“Es normal beber a partir de cierta edad”					
“Mis padres se enfadarían si se enteran que bebo”					
“Lo importante no es la cantidad que bebas, sino que controles”					

29. Señala el grado de capacidad que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde **1** significa “**SOY TOTALMENTE INCAPAZ**” y **5** significa “**SOY TOTALMENTE CAPAZ**”)

Imagínate que te encuentras en las siguientes situaciones y contesta ¿Hasta qué punto te sientes capaz de NO beber si...?

	Nada capaz	Poco capaz		Muy capaz	Totalmente capaz
	1	2	3	4	5
Eres el único del grupo que no bebe					
Te invitan tus amigos a beber					
Te invita un chico/a que te gusta mucho					
Te invita alguien mayor que tú					
Si tu mejor amigo insiste mucho					
Hay alguien bebiendo a tu alrededor					
Te lo prohíben					
En los lugares en los cuales está prohibido beber					

30. ¿Hasta qué punto te sientes capaz de...?

	Nada capaz	Poco capaz		Muy capaz	Totalmente capaz
	1	2	3	4	5
Negarte a subir a un coche en el que el conductor ha consumido alcohol					
De comprar bebidas aunque no tengas la edad reglamentaria					

Cuestionario-Homogeneidad



La información recogida en este cuestionario anónimo es confidencial y está sujeta a secreto profesional. Nos aporta información muy importante sobre los hábitos de vida de los adolescentes y jóvenes de Gran Canaria.

Muchísimas gracias por su colaboración.

1. Edad.....

2. Género

- Hombre
- Mujer

3. ¿Cómo obtienes dinero para tus gastos?

Mis padres me lo dan cuando se lo pido	
Mis padres me dan una paga	
Me lo regalan otros familiares	
No manejo dinero	
Otras fuentes.....	

4. Aproximadamente ¿de cuánto dinero dispones a la semana?

- Menos de 3 €
- Entre 3 y 6 €
- Más de 6 hasta 12 €
- Más de 12 € hasta 30 €
- Más de 30 €

5. Señala con una cruz las personas que viven contigo en tu casa

Padre	
Madre	
Nueva pareja del padre	
Nueva pareja de la madre	
Mi/mis hermanos mayores	
Mi/mis hermano/s menores	
Mis abuelos	
Otros familiares o personas, ¿quiénes?	
Vivo en un centro de acogida	

6. Esto es el dibujo de una escalera. La parte de arriba de la escalera ('10') es tu mejor vida posible y la parte baja ('0') es tu peor vida posible.

En general, ¿en qué lugar de la escalera sientes que está en este momento tu vida?

Señala la casilla que está al lado del número que mejor describe dónde estás.

<input type="checkbox"/>	10	La mejor vida posible
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	La peor vida posible

TABACO

**7. Elige la principal razón por la cual tú crees que la gente joven empieza a fumar:
Marca sólo una respuesta.**

- Por curiosidad
- Porque sus amigos fuman
- Porque no se atreven a decir que no
- Para sentirse mayor
- Para ser aceptado en el grupo
- Porque se lo prohíben en casa
- Por llamar la atención

8. Elige la principal razón por la cual tú crees que la gente joven que fuma, continúa fumando:

Marca sólo una respuesta.

- Porque sus amigos fuman
- Porque no se atreven a decir que no
- Para sentirse mayor
- Para ser aceptado en el grupo
- Porque se lo prohíben en casa
- Por llamar la atención
- Porque le gusta
- Porque no puede dejarlo

9. Señala el grado de acuerdo que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde 1 significa **NO ESTOY EN ABSOLUTO DE ACUERDO y 5 significa **ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO**)**

	1 Nada de acuerdo	2 Poco de acuerdo	3 De acuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
"Fumar puede hacerte daño"					
"Fumar hace menos daño cuando eres joven"					
"Fumaré alguna vez en la vida"					
"Me disgusta que mis padres fumen o fumaran"					
"Me daría lo mismo que mis hermanos o primos más pequeños que yo fumaran"					
"Me da lo mismo que fumen a mi alrededor"					
"La venta de tabaco debería estar prohibida en todas las edades"					
"Estar al lado del que fuma puede hacerte daño"					

10. Señala el grado de acuerdo que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde 1 significa NO ESTOY EN ABSOLUTO DE ACUERDO y 5 significa ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO)

	1 Nada de acuerdo	2 Poco de acuerdo	3 De acuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
“Fumar es divertido”					
“Fumar me hace sentir mayor”					
“Me siento importante si fumo”					
“Fumar ayuda a hacer amigos”					
“Fumar ayuda a relacionarte con personas del otro sexo”					
“Es normal fumar a partir de cierta edad”					
“Mis padres se enfadarían si se enteran que fumo”					
“Lo importante es no tragarse el humo”					

11. Señala cuál o cuáles de las siguientes personas fuman habitualmente

Padre	
Madre	
Algún hermano	
Amigos	
Compañeros de clase	
Profesores	
Otras personas próximas a ti, especifica quién o quienes.....	

12. ¿Has probado alguna vez el tabaco?

- Si.....¿A qué edad?.....
- No

13. ¿Quién te invitó a fumar por primera vez?

- Nadie me ha invitado
- Mis padres
- Mis hermanos
- Mis amigos
- Mis compañeros del instituto o colegio
- Otras personas, ¿quiénes?.....

14. ¿Con qué frecuencias fumas tabaco en la actualidad?

- No fumo
- Todos los días
- Al menos una vez a la semana pero no todos los días
- Menos de una vez a la semana

A PARTIR DE AHORA **RESPONDAN SOLO LOS QUE NO HAN MARCADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR LA OPCIÓN: “NO FUMO”**

LOS QUE HAN MARCADO “NO FUMO” PASEN AL CUESTIONARIO DE ALCOHOL

15. Por lo general, cuando fumas

- Solo fumo caladas
- Fumo cigarrillos enteros durante la semana..... ¿Cuántos?.....
- Fumo cigarrillos enteros en los fines de semana..... ¿Cuántos?.....

16. ¿Cómo consigues los cigarrillos habitualmente?

- Los compro por unidad
- Compro una cajetilla
- Compro un cartón
- Los pido
- Se los quito a mis padres
- Otros.....

17. Selecciona de las siguientes opciones el lugar o lugares donde sueles fumar

En casa	
En casa de los amigos	
En la calle	
En el parque	
En el patio del instituto	
A la salida del instituto	
En las fiestas, verbenas, asaderos	
En otros lugares, especifica dónde.....	

18. ¿Te has planteado alguna vez dejar de fumar?

- No me lo he planteado
- Sí, lo antes posible
- Sí, pero no sé cuando
- Sí, cuando sea mayor

19. ¿Lo saben tus padres?

- Si
- No
- No lo se

ALCOHOL

1. Elige la principal razón por la cual tú crees que la gente joven empieza a beber:

Marca sólo una respuesta.

- Por curiosidad
- Porque sus amigos beben
- Porque no se atreven a decir que no
- Para sentirse mayor
- Para ser aceptado en el grupo
- Porque se lo prohíben en casa
- Por llamar la atención

2. Elige la principal razón por la cual tú crees que la gente joven que bebe, continúa bebiendo:

Marca sólo una respuesta.

- Porque sus amigos beben
- Porque no se atreven a decir que no
- Para sentirse mayor
- Para ser aceptado en el grupo
- Porque se lo prohíben en casa
- Por llamar la atención
- Porque le gusta
- Porque se divierten más
- Porque quita el corte y pierden la vergüenza
- Porque se liga más

3. Señala el grado de acuerdo que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde **1 significa NO ESTOY EN ABSOLUTO DE ACUERDO y **5 significa ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO**)**

	1 Nada de acuerdo	2 Poco de acuerdo	3 De acuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
“Beber puede llegar a hacerte daño”					
“Beber hace menos daño cuando eres joven”					
“Beberé alguna vez en la vida”					
“Me disgusta que mis padres beban o bebiesen”					
“Me daría lo mismo que mis hermanos o primos más pequeños que yo bebieran”					
“me da lo mismo que se emborrachen a mi alrededor”					
“La venta de bebidas alcohólicas debería estar prohibida en todas las edades”					
“Subir a un coche con alguien que ha bebido puede ser peligroso”					

4. Señala el grado de acuerdo que tienes respecto a las siguientes afirmaciones (en escala del 1 al 5, donde **1 significa NO ESTOY EN ABSOLUTO DE ACUERDO y 5 significa ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO**)

	1 Nada de acuerdo	2 Poco de acuerdo	3 De acuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
“Beber es divertido”					
“Beber me hace sentir mayor”					
“Me siento importante si bebo”					
“Beber ayuda a hacer amigos”					
“Beber ayuda a relacionarte con personas del otro sexo”					
“Beber ayuda a olvidar los problemas”					
“Beber es necesario para pasárselo bien”					
“Es normal beber a partir de cierta edad”					
“Mis padres se enfadarían si se enteran que bebo”					
“Lo importante no es la cantidad que bebas, sino que controles”					

5. Señala cuál o cuáles de las siguientes personas consumen alcohol

Padre	
Madre	
Algún hermano	
Amigos	
Compañeros de clase	
Profesores	
Otras personas próximas a ti, especifica quién o quienes.....	

6. ¿Sueles reunirte con tus amigos en lugares en los que se consumen bebidas alcohólicas (aunque tú no lo hagas)?

- Siempre que puedo
- Con frecuencia
- Alguna que otra vez
- Nunca
- No lo sé (no sé si se consume alcohol)

7. ¿En las fiestas familiares en las que tú también estás ¿se consume alcohol?

- Si
- No
- No lo se

8. ¿Alguna vez has comprado una bebida alcohólica (aunque no fuese para ti)?

- Si
- No

9. ¿Para quién la compraste?.....

10. ¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas?

Si hay algo que no has hecho nunca, elige la categoría “nunca”

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|
| Beber alcohol (algo más que probarlo o dar un trago) | <input type="checkbox"/> Nunca | ¿A qué edad? |
| Emborracharte | <input type="checkbox"/> Nunca | ¿A qué edad? |
| Otras drogas (porros, éxtasis, cocaína) | <input type="checkbox"/> Nunca | ¿A qué edad? |

11. ¿Quién te invitó a probar el alcohol por primera vez?

- Nunca lo he probado
- Nadie me invitó
- Mi padre
- Mi madre
- Mis hermanos
- Mis amigos
- Mis compañeros del instituto o colegio
- Un familiar
- Otras personas, ¿quiénes?.....

12. ¿Con qué frecuencia bebes en la actualidad?

- No bebo
- Solo una vez al mes e incluso menos
- Más de un fin de semana al mes
- Todos los fines de semana
- Los fines de semana y algún día entre semana
- Suelo beber a diario

A PARTIR DE AHORA **RESPONDAN SOLO LOS QUE NO HAN MARCADO EN LA**

PREGUNTA ANTERIOR LA OPCIÓN: NO BEBO

13. ¿Has bebido alcohol, al menos cuatro días, en el último mes?

- Si
- No

14. Contestar solo si eres una mujer:

	SI	NO
¿Has bebido alguna vez 2 o más vasos seguidos?		
¿Desde que edad?		
¿Lo has repetido varias veces en los últimos 6 meses?		

15. Contestar solo si eres un hombre:

	SI	NO
¿Has bebido alguna vez 3 o más vasos seguidos?		
¿Desde que edad?		
¿Lo has repetido varias veces en los últimos 6 meses?		

16. En los últimos 6 meses ¿te has emborrachado dos veces o más?

- Si
- No

17. ¿Te has encontrado mal (mareos, ganas de vomitar, dolor de cabeza, etc.) después de beber alcohol?

- Si, me pasa siempre que bebo
- Me suele pasar cuando bebo
- No me suele ocurrir
- Sólo me pasó la primera vez
- No me ha ocurrido nunca

18. ¿Has tomado alguna bebida alcohólica que tú mismo hayas comprado? (al menos una vez)

- Si
- No

19. ¿Cómo consigues normalmente la bebida alcohólica?

- Solo bebo cuando no me cuesta dinero (cuando te puedes colgar)
- Bebo cuando compro la bebida en grupo con mis amigos
- Compro sólo lo que voy a beber y no lo comparto
- Se la quito a mis padres
- De otras maneras.....

20. Selecciona de las siguientes opciones el lugar o lugares donde sueles comprar la bebida alcohólica

Nunca he comprado una bebida alcohólica	
En un bar	
En un pub o discoteca	
En un supermercado	
En una tienda de comestible	
En una verbena o fiesta popular	
En una gasolinera	
En un 24 horas	
En otros sitios. Especifica	

21. Selecciona de las siguientes opciones el lugar o lugares donde sueles beber

En casa, un día cualquiera	
En casa de un familiar o amigo, un día cualquiera	
En pequeñas fiestas con amigos	
En las fiestas familiares	
En fiestas popular o verbena, asadero	
En el botellón	
En un local (bar, discoteca, etc)	
En el instituto	
A la salida del instituto	
En otros lugares, especifica dónde	

22. Actualmente yo bebo:

	A diario	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Algunas veces al año
Cerveza				
Vino y similares				
Bebidas de alta graduación (combinados)				
Bebidas de alta graduación (licores...)				

23. ¿Te has planteado alguna vez dejar de beber?

- No me lo he planteado
- Sí, lo antes posible
- Sí, pero no se cuando
- Sí, cuando sea mayor

24. ¿Te has planteado alguna vez no emborracharte?

- Nunca me emborracho
- No me lo he planteado
- Sí, lo antes posible
- Sí, pero no se cuando
- Sí, cuando sea mayor

25. ¿Lo saben tus padres?

- Si
- No
- No lo se

Cuestionario-Eficacia



La información recogida en este cuestionario anónimo es confidencial y está sujeta a secreto profesional. Nos aporta información muy importante sobre los hábitos de vida de los adolescentes y jóvenes de Gran Canaria.

Muchísimas gracias por su colaboración.

1. Edad.....

2. Género

- Hombre
- Mujer

3.	Curso realizado	en el Instituto
Curso académico 2008-2009	..... 4º ESO.....	.....
Curso académico 2007-2008	.....	.....
Curso académico 2006-2007	.....	.....
Curso académico 2005-2006	.....	.....

4. ¿Cómo obtienes dinero para tus gastos?

Mis padres me lo dan cuando se lo pido	
Mis padres me dan una paga	
Me lo regalan otros familiares	
No manejo dinero	
Otras fuentes.....	

5. Aproximadamente ¿de cuánto dinero dispones a la semana?

- Entre 3 y 6 €
- Más de 6 hasta 12 €
- Más de 12 hasta 20 €
- Más de 20 € hasta 30 €
- Más de 30 €

6. Señala con una cruz las personas que viven contigo en tu casa

Padre	
Madre	
Nueva pareja del padre	
Nueva pareja de la madre	
Mi/mis hermanos mayores	
Mi/mis hermano/s menores	
Mis abuelos	
Otros familiares o personas, ¿quiénes?	
Vivo en un centro de acogida	

6. Esto es el dibujo de una escalera. La parte de arriba de la escalera ('10') es tu mejor vida posible y la parte baja ('0') es tu peor vida posible.

En general, ¿en qué lugar de la escalera sientes que estás en este momento tu vida?

Señala la casilla que está al lado del número que mejor describe dónde estás.

<input type="checkbox"/>	10	La mejor vida posible
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	La peor vida posible

TABACO
8. Señala en cada una de las siguientes afirmaciones si es verdadera “V” o falsa “F”

	V	F
El tabaco es una droga		
Fumar puede hacerte daño		
Fumar hace menos daño cuando eres joven		
Fumar solo produce enfermedades respiratorias		
Fumaré alguna vez en la vida		
Fumar puede causar infarto de corazón		
Me disgusta que mis padres/hermanos o primos fumen o fumaran		
Fumar causa cáncer de pulmón		
Me da lo mismo que fumen a mi alrededor		
Se debería poder fumar en cualquier sitio		
Estar al lado del que fuma puede hacerte daño		
Fumar es divertido		
Fumar me hace sentir mayor		
Me siento importante si fumo		
Fumar ayuda a hacer amigos		
Fumar ayuda a relacionarte con personas del otro sexo		
Es necesario fumar a partir de cierta edad		
Mis padres se enfadarían si se enteran que fumo		
Lo importante es no tragarse el humo		
Es fácil para un fumador dejar de fumar		
Fumar perjudica durante el embarazo		
El fumador se cansa antes		
Hay más jóvenes fumadores que no fumadores		
Fumar ayuda a relajarse		

9. ¿Te sientes capaz de...?

	SI	NO
Rechazar la invitación de un cigarrillo		
Decir a alguien que aquí está prohibido fumar		
De comprar tabaco aunque no tengas la edad reglamentaria		
De pedir a alguien que no fume a tu lado		

10. Señala cuál o cuáles de las siguientes personas fuman habitualmente

Padre	
Madre	
Algún hermano	
Amigos	
Compañeros de clase	
Profesores	
Otras personas próximas a ti, especifica quién o quienes.....	

11. ¿Has probado alguna vez el tabaco?

- Sí.....¿A qué edad?.....
- No

12. ¿Con qué frecuencias fumas tabaco en la actualidad?

- No fumo
- Fumo todos los días..... ¿Desde qué edad?.....
- Fumo alguna vez a la semana..... ¿Desde qué edad?.....
- Fumo alguna vez al mes..... ¿Desde qué edad?.....
- Fumo algunas veces al año... ¿Desde qué edad?.....

13. Por lo general, cuando fumas

- No fumo
- Solo fumo varias caladas
- Fumo cigarrillos enteros ¿Cuántos cigarrillos fumo durante la semana?.....
¿Cuántos cigarrillos fumo durante los fines de semana?.....

14. ¿Cómo consigues los cigarrillos habitualmente?

- No fumo
- Los compro por unidad
- Compro una cajetilla
- Compro un cartón
- Los pido
- Se los quito a mis padres
- Otros.....

15. Selecciona de las siguientes opciones el lugar o lugares donde sueles fumar

No fumo	
En casa	
En casa de los amigos	
En la calle	
En el parque	
En el patio del instituto	
A la salida del instituto	
En las fiestas, verbenas, asaderos	
En otros lugares, especifica dónde.....	

16. ¿Te has planteado alguna vez dejar de fumar?

- No fumo
- No me lo he planteado
- Sí, lo antes posible
- Sí, pero no sé cuando
- Sí, cuando sea mayor

ALCOHOL

17. Señala en cada una de las siguientes afirmaciones si es verdadera “V” o falsa “F”

	V	F
Beber puede llegar a hacerte daño		
Beberé alguna vez en la vida		
Me disgusta que mis padres / hermanos / primos beban o bebiesen		
Me da lo mismo que se emborrachen a mi alrededor		
Debería estar permitida la venta de bebidas alcohólicas en todas las edades		
Subir a un coche con alguien que ha bebido puede ser peligroso		
Beber es divertido		
Beber me hace sentir mayor		
Me siento importante si bebo		
Beber ayuda a hacer amigos		
Beber ayuda a relacionarte con personas del otro sexo		
Beber ayuda a olvidar los problemas		
Beber es necesario para pasárselo bien		
Es necesario beber a partir de cierta edad		
Mis padres se enfadarían si se enteran que bebo		
Lo importante no es la cantidad que bebas, sino que controles		
Un adolescente se puede morir por un coma etílico		
Beber te estimula		
Beber altera la visión		
Beber no engorda		
Beber disminuye los reflejos		
Beber aumenta la potencia sexual		
Al adolescente le hace más daño beber que a un adulto		
El alcohol es una droga		
Es fácil dejar de beber		
Beber te quita el frío		
Los anuncios de bebidas alcohólicas reflejan la realidad sobre el alcohol		

18. ¿Te sientes capaz de...?

	SI	NO
Rechazar una invitación a una copa		
Negarte a subir a un coche en el que el conductor ha consumido alcohol		
De comprar bebidas aunque no tengas la edad reglamentaria		
Decir a un amigo que no beba más		

19. Señala cuál o cuáles de las siguientes personas consumen alcohol

Padre	
Madre	
Algún hermano	
Amigos	
Compañeros de clase	
Profesores	
Otras personas próximas a ti, especifica quién o quienes.....	

20. ¿Sueles reunirte con tus amigos en lugares en los que se consumen bebidas alcohólicas (aunque tú no lo hagas)?

- Siempre que puedo
- Con frecuencia
- Alguna que otra vez
- Nunca
- No lo sé (no sé si se consume alcohol)

21. ¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas?

(Si hay algo que no has hecho nunca, elige la categoría "nunca")

Probar el alcohol	<input type="checkbox"/> Nunca	¿A qué edad?
Beber alcohol (algo más que probarlo o dar un trago)	<input type="checkbox"/> Nunca	¿A qué edad?
Emborracharte	<input type="checkbox"/> Nunca	¿A qué edad?
Fumar (algo más que probar o dar una calada)	<input type="checkbox"/> Nunca	¿A qué edad?
Otras drogas	<input type="checkbox"/> Nunca	¿A qué edad?

22. ¿Con qué frecuencia bebes en la actualidad?

- No bebo
- Suelo beber a diario
- Alguna vez a la semana ¿Cuándo? Los fines de semana Entre semana
- Alguna vez al mes ¿Cuándo? Los fines de semana Entre semana
- Algunas veces al año ¿Cuándo? Los fines de semana Entre semana

23. ¿Has bebido alcohol, al menos cuatro días, en el último mes?

- No bebo
- Si
- No

24. Contestar solo si eres una mujer:

	SI	NO
¿Has bebido alguna vez 2 o más vasos seguidos?		
¿Desde que edad?		
¿Lo has repetido varias veces en los últimos 6 meses?		

25. Contestar solo si eres un hombre:

	SI	NO
¿Has bebido alguna vez 3 o más vasos seguidos?		
¿Desde que edad?		
¿Lo has repetido varias veces en los últimos 6 meses?		

26. En los últimos 6 meses ¿te has emborrachado dos veces o más?

- No bebo
- Si
- No

27. ¿Has tomado alguna bebida alcohólica que tú mismo hayas comprado? (al menos una vez)

- No bebo
- Si
- No

28. ¿Cómo consigues normalmente la bebida alcohólica?

- No bebo
- Solo bebo cuando no me cuesta dinero (cuando te puedes colgar)
- Bebo cuando compro la bebida en grupo con mis amigos
- Compro sólo lo que voy a beber y no lo comparto
- Se la quito a mis padres
- De otras maneras.....

29. Selecciona de las siguientes opciones el lugar o lugares donde sueles comprar la bebida alcohólica

No bebo	
Nunca he comprado una bebida alcohólica	
En un bar	
En un pub o discoteca	
En un supermercado	
En una tienda de comestible	
En una verbena o fiesta popular	
En una gasolinera	
En un 24 horas	
En otros sitios. Especifica	

30. Selecciona de las siguientes opciones el lugar o lugares donde sueles beber

No bebo	
En casa, un día cualquiera	
En casa de un familiar o amigo, un día cualquiera	
En pequeñas fiestas con amigos	
En las fiestas familiares	
En fiestas popular o verbena, asadero	
En el botellón	
En un local (bar, discoteca, etc)	
En el instituto	
A la salida del instituto	
En otros lugares, especifica dónde	

31. Actualmente yo bebo:

	A diario	Alguna vez a la semana	Alguna vez al mes	Algunas veces al año
Cerveza				
Vino y similares				
Combinados (refresco con ron o similar)				
Licores				

32. ¿Te has planteado alguna vez dejar de beber?

- No bebo
- No me lo he planteado
- Sí, lo antes posible
- Sí, pero no se cuando
- Sí, cuando sea mayor

33. ¿Te has planteado alguna vez no emborracharte?

- Nunca me emborracho
- No me lo he planteado
- Sí, lo antes posible
- Sí, pero no se cuando
- Sí, cuando sea mayor

Abreviaturas

ACHT	Aire Contaminado por el Humo de Tabaco
ACTH	Hormona Adrenocorticotropina
AGH	Hormona Argipresina
AMPA	Asociación de Madres y Padres de Alumnos
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos
ASE	Attitudes Social Influencies-Self Efficacy
AVAD	Años de Vida Ajustados a la Discapacidad
CAP	Curso de Adaptación Pedagógica
CCP	Comisión de Coordinación Pedagógica
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CO	Monóxido de Carbono
COHb	Carboxihemoglobina
CSAP	Center for Substance Prevention
DARE	Drug Abuse Resistance Education
ECA	Ensayos Controlados Aleatorizados
EDADES	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
EES	Encuesta Europea de Salud
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESC	Encuesta de Salud de Canarias
ESFA	European Smoking Prevention Framework Approach
ESO	Enseñanza Secundaria Obligatoria
ESTUDES	Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria
EV-DAP	European Drug Addiction Trial
GH	Hormona de Crecimiento
HAP	Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos
HBSC	Health Behavior in School Age Children
HDL	High Density Lipoprotein
HSPP	Hutchinson Smoking Prevention Project
IES	Instituto de Enseñanza Secundaria
LOE	Ley Orgánica de Educación
LOGSE	Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo
NIDA	National Institute on Drug Abuse
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEC	Proyecto Educativo de Centro
PRECEDE	Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation
RAE	Real Academia Española
RR	Riesgo Relativo
SHE	Schools for Health in Europe Network
UBE	Unidad de Bebida Estándar
ULPGC	Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura