

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

- TESIS DOCTORAL -

**INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL PEDIATRA Y DE
LA MODIFICACIÓN DE LA LEGISLACIÓN SOBRE LA
ACTITUD DE LOS PADRES HACIA LA PREVENCIÓN DEL
TABAQUISMO**

Doña M^a Dolores Plaza Martín
Salamanca 2015

Dr. D. Miguel Barrueco Ferrero, Profesor Titular del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca y Jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Salamanca:

CERTIFICA

Que la presente Tesis para optar al grado de doctor, titulada “Influencia de la intervención del pediatra y de la modificación de la legislación sobre la actitud de los padres hacia la prevención del tabaquismo” que presenta la licenciada en Medicina y Cirugía Doña M^a Dolores Plaza Martín ha sido realizada en el Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca bajo mi dirección, reúne a mi juicio, originalidad y contenidos suficientes y cumple todos los criterios exigidos para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador.

Considerando que constituye un trabajo de Tesis, autorizo su presentación ante la Comisión del Tercer Ciclo de la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste, a los efectos oportunos, firmo la presente en Salamanca a 1 de Mayo de 2015

Fdo. Dr. D. Miguel Barrueco Ferrero

Dr. D. Miguel Torrecilla García, Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca y Médico de Atención Primaria del Servicio de Salud de la Junta de Castilla y León

CERTIFICA

Que la presente Tesis para optar al grado de doctor, titulada “Influencia de la intervención del pediatra y de la modificación de la legislación sobre la actitud de los padres hacia la prevención del tabaquismo” que presenta la licenciada en Medicina y Cirugía Doña M^a Dolores Plaza Martín ha sido realizada en el Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca bajo mi dirección, reúne a mi juicio, originalidad y contenidos suficientes y cumple todos los criterios exigidos para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador.

Considerando que constituye un trabajo de Tesis, autorizo su presentación ante la Comisión del Tercer Ciclo de la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste, a los efectos oportunos, firmo la presente en Salamanca a 1 de Mayo de 2015

Fdo. Dr. D. Miguel Torrecilla García

DEDICATORIA

A esos tres rayos de sol que me alientan cada mañana

Agradecimientos:

- Al Dr. Miguel Barrueco Ferrero por su dirección, esfuerzo y gran ayuda, que con su experiencia ha permitido que este proyecto sea posible.
- Al Dr. Miguel Torrecilla García por su dirección, esfuerzo y dedicación, lo que ha posibilitado concluir este estudio.
- Al Dr. Luis Palomo Cobos por su desinteresada e inestimable ayuda tanto en el análisis estadístico de los datos en los que se basa el estudio como en la revisión del mismo.
- Al Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca por permitirme desarrollar esta tesis para optar al grado de Doctora.
- A todos los compañeros pediatras que han colaborado de forma desinteresada en este trabajo y que sin su contribución hubiera sido imposible realizarlo.
- A todas las personas que han colaborado en la realización de esta Tesis Doctoral, y de forma muy especial a todos los tutores que han participado en el estudio, por su paciencia y comprensión.
- A la Fundación Dr. Prandi de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria que gracias a su financiación facilitó la primera fase de este estudio
- Al Grupo de Tabaquismo de Castilla y León por su apoyo y asesoramiento.

INDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	15
ÍNDICE DE TABLAS	17
ABREVIATURAS	21
INTRODUCCIÓN	23
CAPÍTULO I: LEGISLACIÓN	25
Albores legislativos	26
Actualidad internacional	27
Estados Unidos	27
Europa	30
Organización Mundial de la Salud	34
Legislación española	38
CAPÍTULO II: PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	46
Concepto y prevalencia	47
Prevalencia en España	49
Repercusiones sociosanitarias	53
Tabaquismo pasivo	54
CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS, ACTUACIONES, INTERVENCIONES	56
Medidas legislativas	58
Medidas educativas: escuela, comunidad y familia	61
Medidas sanitarias	66
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	73
Hipótesis	75
Objetivo principal	76
Objetivos secundarios	76

MATERIAL Y MÉTODOS	79
Proceso de selección	81
Diseño del estudio	81
Emplazamiento y participantes	81
Recursos humanos	82
Métodos de intervención	82
Mediciones	85
Estudio Estadístico	86
Estrategia de búsqueda bibliográfica	87
Notas aclaratorias	87
RESULTADOS	89
Descripción de la muestra de sujetos participantes en el estudio	91
Análisis global y por grupos de la prevalencia de fumadores	95
Tabaquismo pasivo	99
Análisis de la dependencia	100
Análisis de la motivación para dejar de fumar	101
Análisis de las fases del proceso para dejar de fumar	103
Análisis de los factores condicionantes del inicio al consumo de tabaco	104
Percepción del tabaquismo como perjudicial para la salud	107
Percepción del tabaquismo como droga	108
Consideraciones sobre el Aire Contaminado con Humo de Tabaco	109
Tabaquismo como enfermedad	111
Conocimientos sobre el tabaco	113
Solicitud de ayuda para dejar de fumar	115
Percepción de la eficacia de las Leyes 28/2005 y 42/2010	116

Influencia de la crisis económica	124
Implicación de los centros de enseñanza	126
DISCUSIÓN	129
Comentarios relativos a la muestra objeto de estudio	133
Tabaquismo pasivo y prevalencia	134
Motivación para dejar de fumar	141
Factores de inicio al consumo	142
Actitud y percepción del riesgo asociado al tabaco	144
Solicitud de ayuda sanitaria	149
Consideraciones sobre las Leyes 28/2005 y 42/2010	151
Papel de la crisis económica	154
CONCLUSIONES	157
BIBLIOGRAFÍA	161
ANEXOS	181
Anexo 1: Encuesta inicial	183
Anexo 2: Encuesta telefónica pos implantación de las Leyes 28/2005 y 42/2010	192
Anexo 3: Folleto “Tú también puedes ayudar”	199
Anexo 4: Folleto “Si quieres puedes dejar de fumar”	208

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mortalidad atribuible al tabaquismo (2002-2030). Tres escenarios: Países con alta, media y baja renta per cápita.	49
Figura 2. Evolución de la prevalencia de fumadores diarios en los últimos años.	50
Figura 3. Prevalencia de población fumadora por grupos de edad y sexo.	50
Figura 4. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo (porcentajes). España, 1994-2012.	52
Figura 5. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas (consumo en los últimos 12 meses) en España. Encuesta telefónica domiciliaria 2013-2014.	53
Figura 6. Evolución del patrón tabáquico en adolescentes.	70
Figura 7. Esquema de la intervención realizada.	85
Figura 8. Porcentaje de tutores en fase de acción y mantenimiento, al inicio y durante la encuesta de los 12 meses y tras la implementación de las leyes: Ley 28/2005 y Ley 42/2010.	104
Figura 9. Porcentaje de tutores que opinan que el que ellos sean fumadores, influye en el inicio al consumo de tabaco de sus hijos.	105
Figura 10. Porcentaje de tutores que consideran al tabaco como droga.	108
Figura 11. Porcentaje de tutores que consideran al tabaco como droga por crear dependencia y, producir síndrome de abstinencia (ambas circunstancias juntas).	110
Figura 12. Porcentaje de tutores que consideran al aire contaminado con humo de tabaco tan peligroso para la salud como el humo inhalado.	111
Figura 13. Porcentaje de tutores que consideran al tabaco como portador de más de 4000 sustancias tóxicas en función de si presentan, o no, la condición de ser fumador.	114
Figura 14. Importancia de la legislación como factor en la prevención al inicio del consumo de tabaco.	122
Figura 15. Diagrama de cajas de la distribución de nicotina ambiental, antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010.	135
Figura 16. Porcentaje de locales con signos de consumo de tabaco, antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010.	135

Figura 17. Eficacia Ley 42/2010.	136
Figura 18. Prevalencia de tabaquismo observada y la esperada según encuestas estatales y estudios observacionales.	138
Figura 19. Evolución temporal de la exposición al humo de tabaco en los domicilios. Comparación de una estimación años 90, media porcentual de ENS 2006, 2009 y 2011/12, con nuestro estudio.	140
Figura 20. Evolución del precio (euros) de la cajetilla de algunas marcas de cigarrillos.	142
Figura 21. Importancia de la ley como factor en el inicio de los jóvenes al consumo de tabaco. <i>¿Hasta qué punto diría usted que se ha alcanzado el objetivo de que los jóvenes no se inicien en el consumo de tabaco con la Ley?</i>	144
Figura 22. Evolución a lo largo del estudio de la consideración del tabaco como droga.	147
Figura 23. Evolución de la consideración de peligrosidad del ACHT.	149
Figura 24. Percepción (%) del cumplimiento de la Ley 42/2010, en diferentes lugares.	153

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Derechos de la carta europea contra el tabaco.	31
Tabla 2. Cambios sociales de las distintas leyes antitabaco en España.	44
Tabla 3. Características de la muestra inicial respecto a la variable nivel de estudios.	92
Tabla 4. Características de la muestra inicial respecto a la variable ¿trabaja fuera de casa?	93
Tabla 5. Características de la muestra inicial respecto a la variable ¿está satisfecho con su trabajo?	93
Tabla 6. Características de la muestra inicial respecto a las variables fumador, grupo de intervención y género.	94
Tabla 7. Pérdida muestral en función de los grupos de intervención	94
Tabla 8. Prevalencia tabaquismo tras la intervención educativa a los 12 meses.	96
Tabla 9. Prevalencia tabaquismo tras la implementación de las leyes 28/2005, de 26 de diciembre, y 42/2010, de 30 de diciembre de 2010	96
Tabla 10. Resultados de prevalencia de fumadores tras la intervenciones realizadas en función del nivel de estudio.	98
Tabla 11. Características de la muestra inicial respecto a la variable fumar en el domicilio y grupo de intervención	99
Tabla 12. Resultados a los 12 meses y post-leyes respecto a la variable fumar en el domicilio y grupo de intervención.	100
Tabla 13. Características de la muestra inicial respecto a la variable motivos para seguir fumando.	100
Tabla 14. Características de la muestra inicial respecto a la variable motivos para dejar de fumar.	101
Tabla 15. Resultados a los 12 meses respecto a la variable motivos para dejar de fumar.	102
Tabla 16. Resultados tras la entrada en vigor de las leyes respecto a la variable motivos para dejar de fumar.	102
Tabla 17. Resultados de la evolución respecto a la variable fase de abandono del tabaco en los tres cortes del estudio (resultados en porcentajes).	103

Tabla 18. Características de la muestra inicial respecto a la variable factores condicionantes en el inicio al consumo de tabaco.	106
Tabla 19. Resultados a los 12 meses respecto a la variable factores condiciones en el inicio al consumo de tabaco.	106
Tabla 20. Resultados postley respecto a la variable factores condiciones en el inicio al consumo de tabaco.	107
Tabla 21. Características de la muestra inicial respecto a la variable opinión sobre el aire ambiental contaminado con humo de tabaco.	110
Tabla 22. Características de la muestra inicial respecto a la variable ¿es el tabaquismo origen de enfermedades?	112
Tabla 23. Características de la muestra inicial respecto a la variable ¿considera al tabaquismo como una enfermedad por sí mismo?	113
Tabla 24. Características de la muestra inicial respecto a la variable, composición del tabaco.	114
Tabla 25. Características de la muestra inicial respecto a la variable: Si han solicitado ayuda para dejar de fumar.	116
Tabla 26. Resultados a los 12 meses y post-leyes respecto a la variable: Si han solicitado ayuda para dejar de fumar.	117
Tabla 27. Percepción de la eficacia preventiva de la leyes en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores en la muestra final del estudio.	118
Tabla 28. Percepción de la eficacia de la leyes en relación a la prevalencia de tabaquismo, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.	119
Tabla 29. Percepción de la eficacia de la leyes en relación a la protección de la salud de los hijos, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.	120
Tabla 30. Percepción de la eficacia de la leyes en relación a la prevención del inicio al consumo de tabaco de los hijos, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.	120
Tabla 31. Percepción de la eficacia de la leyes en relación a la protección de la exposición ambiental al humo de tabaco de los hijos, en función del	

grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.	121
Tabla 32. Percepción de la eficacia de la leyes en relación a la prevención en el inicio del consumo de tabaco, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.	122
Tabla 33. Percepción del cambio de actitud de los fumadores frente al consumo de tabaco, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.	123
Tabla 34. Postura ante una probable derogación de la legislación actual frente a la prevención del tabaquismo, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.	124
Tabla 35. Influencia de la crisis económica en la actitud de los fumadores, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.	125
Tabla 36. ¿Cómo ha influido la crisis económica en la actitud de los fumadores?, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.	126
Tabla 37. Percepción del abordaje del tabaquismo en el colegio.	127
Tabla 38. Cambios en la exposición al humo del tabaco entre 2005 y 2007.	135
Tabla 39. Resultados postley (comparativa con los valores iniciales) respecto a la variable fumar en el domicilio y grupo de intervención entre los que se declaraban fumadores.	140
Tabla 40. Valoración de la peligrosidad de diversas drogas. Comparativa con 2004.	145
Tabla 41. Peligrosidad del tabaco según edad.	146
Tabla 42. Conocimiento de nombres de drogas en porcentaje. Comparativa 2014-2004-1999.	147
Tabla 43. Percepción de la eficacia de la ley.	152
Tabla 44. Grado de acuerdo con la Ley 42/2010. Total de España y según consumo de tabaco.	154
Tabla 45. Sentimientos sobre el hecho de que en un futuro los hijos se conviertan en fumadores.	156

ABREVIATURAS

ACHT: Aire Contaminado con Humo de Tabaco

AVAD: Años de Vida perdidos Ajustados por Discapacidad

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión)

CDC: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades

CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco

CNPT: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo

CyL: Castilla y León

EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España

EMCSAT: Estudio de Monitorización de las Conductas de Salud de los Adolescentes

ENS: Encuesta Nacional de Salud

ENSH: European Network Smoke free Hospitals

ESTUDES: Encuesta Estatal Escolar sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias

FDA: Food and Drug Administration

FRESC: Estudio de Riesgo en Estudiantes de Secundaria

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMC: Organización Médica Colegial

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud

semFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SIVFRENT-J: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población Juvenil

SMSL: Síndrome de Muerte Súbita del Lactante

UE: Unión Europea

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: LEGISLACIÓN

Divinizado por unos, maldecido por otros, tabaco y tabaquismo siempre han sido objeto de controversia. Desde las aparentes facultades medicinales que se le atribuyeron inicialmente^{1, 2} hasta la demostración como agente carcinogénico³ y adictivo⁴ el tabaco ha pasado por etapas de total permisividad social, considerándosele incluso como signo de distinción, hasta llegar por último a la concienciación social y tipificación legal del mismo como droga⁵.

El proceso legislativo en materia de tabaco ha sido fruto de esta situación, evolucionando lentamente, entorpecido, cada vez más, por los intereses de las compañías tabaqueras, las cuales se sirven no solo de la publicidad, sino de actuaciones obstruccionistas paralegales para extender su mercado y aumentar sus cotas de ventas⁶.

La industria del tabaco ha gastado millones de dólares tratando de influir en las políticas públicas haciendo grandes contribuciones a los candidatos electos y a los partidos políticos, pagando a los gobiernos para apoyar infraestructuras como control del tránsito y hacer grandes inversiones en sofisticadas campañas de relaciones públicas. Desde 1995 las tabacaleras estadounidenses han donado más de 32 millones de dólares en contribuciones políticas a candidatos estatales y federales y a partidos políticos de EEUU, con más de 80% de este dinero usado para influir las elecciones federales. La industria tabacalera intentó retrasar, y eventualmente impedir, la directiva sobre la publicidad y patrocinio del tabaco de la Unión Europea, buscando la ayuda de figuras de alto nivel político de Europa mientras intentaba, al mismo tiempo, ocultar su rol⁷.

En contraposición, los grupos de defensa de la salud pública han jugado un papel crucial en sacar adelante los proyectos de ley y normas reguladoras, convenciendo a políticos y desmontando los argumentos esgrimidos por las tabaqueras encaminados a sembrar la duda y la controversia entre la opinión pública en general y en la clase política en particular⁸.

Albores legislativos

Si bien en siglos anteriores existe constancia de regulaciones, e incluso prohibiciones, no es hasta la segunda mitad del siglo XX cuando el tabaquismo alcanza la consideración de “problema de salud pública” y, consecuentemente, se endurece la legislación.

Aunque en un principio, los españoles tuvieron el monopolio del tabaco, fue a partir del siglo XVI cuando éste se extendió primero por Europa y, posteriormente por el resto del mundo⁸. Los franceses Thevet y, posteriormente Jean Nicot llevaron a Francia semillas desde Brasil, Sir Walter Raleigh introdujo el tabaco de Virginia en la Inglaterra de Isabel I⁹.

Las grandes expediciones marítimas de los siglos XVI, XVII y XVIII contribuyeron a la expansión mundial. La ocupación de La Habana por el ejército inglés en 1762, las guerras napoleónicas y las guerras de independencia de las colonias españolas en América a principios del s XIX, también ayudaron a difundir el conocimiento y consumo del tabaco por todo el mundo¹⁰.

En 1604, en Inglaterra, el rey James I promulga la primera ley que impone un impuesto a la comercialización del tabaco, acompañada de un texto, “A Counterblaste to tobacco” en el que se exponen las desventajas que su uso supone para la salud. En el texto, el hábito de fumar se describe peyorativamente como una costumbre primitiva introducida desde países bárbaros. Esto supuso un cambio radical en la percepción del tabaco, pasando de una imagen positiva (curación de enfermedades), a una claramente negativa (conducta bárbara que afecta a la salud)^{9, 11}.

Algunos de los países que destacaron en sus sanciones durante el siglo XVII fueron, entre otros, Japón, Turquía y China, en los cuales se pasó de la amonestación moral a drásticas medidas de control.

Japón, a donde el tabaco llegó en 1605, estableció una orden imperial de quemar todas las partidas de tabaco que llegaran al país. En el caso de Turquía, Murad IV, sultán del Imperio Otomano de 1623 a 1640, prohibió el tabaco tanto en Estambul como en el resto del Imperio, ordenando la ejecución inmediata de todo aquel que quebrantara dicha prohibición. Por su parte, en la China de 1638, el tráfico de tabaco se penalizó con la decapitación¹¹.

Actualidad internacional

Desde principios del siglo XX, el consumo aumenta de forma exponencial debido, por una parte a la mecanización de su producción y por otra, a las campañas de marketing de las compañías tabaqueras que empiezan a ampliar su mercado dirigiéndose también a las mujeres (primeras campañas publicitarias en los años 20), utilizando al movimiento por el voto de la mujer en técnicas de marketing publicitario y al cine para crear modelos de éxito, glamour, e ilusiones¹².

Sin embargo, en la década de los 30, los epidemiólogos no tardan en observar el aumento más que considerable del cáncer de pulmón, entidad muy poco frecuente antes del siglo XX. Concretamente, en 1929 Lickint publica evidencias estadísticas que vinculan el cáncer de pulmón con el consumo de cigarrillos¹³.

A lo largo de la segunda mitad del s XX, los estudios epidemiológicos se suceden, ratificando los efectos nocivos del tabaquismo^{14, 15}. Así, en 1954 *Doll y Hill*¹⁶ publican en la revista *British Medical Journal* un estudio en el que concluyen que la causa del incremento en la mortalidad por cáncer de pulmón en los médicos ingleses es el consumo de cigarrillos y no la contaminación ambiental. Resultados que ratifican 50 años después sobre una cohorte de médicos ingleses¹⁷.

En 1960 *la American Heart Association* emite un informe sobre la relación entre el abuso del tabaco y el infarto de miocardio¹⁸. Y en 1962 se hace público el Informe del *Royal College of Physicians*: “La nicotina liberada a través del humo del tabaco debería considerarse una droga adictiva y el consumo del tabaco como el medio para autoadministrarse la nicotina¹⁹”.

A la luz de las nuevas y abrumadoras evidencias científicas que confirman el tabaquismo como agente productor de enfermedad, la legislación toma nuevo impulso, obstaculizado siempre por la labor de las compañías tabaqueras.

Estados Unidos

Estados Unidos ha sido el país que ha liderado la lucha antitabaco, siendo el que más precozmente la inició y con más fuerza continúa.

Ya en 1957, se impulsa un proyecto para regular la publicidad y el etiquetado de las cajetillas de cigarrillos, aunque no será hasta 1966 cuando comience la utilización de los mensajes de advertencia en las cajetillas de cigarrillos.

En 1964, el *Surgeon General*, la autoridad sanitaria norteamericana responsable del control del tabaco y otras sustancias tóxicas, encarga una comisión formada por diez científicos para analizar las pruebas de que se disponía hasta ese momento, documentadas en miles de artículos científicos. Fruto de estas investigaciones se publicó el “Informe General sobre Sanidad”, en el que ya se afirma: “fumar es un riesgo para la salud de suficiente importancia como para justificar la necesidad de acciones apropiadas para remediarlo”²⁰.

A raíz de este informe, la primera medida que se tomó fue incluir una advertencia inicial en todas las marcas de cajetillas de cigarrillos, que fue reforzada en 1969 para quedar así:

“Caution: Cigarette Smoking May Be Hazardous to Your Health” (Las Autoridades Sanitarias advierten que el tabaco perjudica seriamente la salud)²¹.

A partir de ahí, la inclusión de dicha advertencia se comenzó a expandir por el resto del mundo, imponiéndose su utilización. La evolución de estos mensajes ha sido más o menos similar en los distintos países; de un único mensaje para todas las marcas, hasta llegar a seis que debían rotar aleatoriamente por todas y cada una de las marcas. Suiza fue el primer país que, en 1973, introdujo la rotación de mensajes en las cajetillas de cigarrillos²².

Le siguió la prohibición al año siguiente, de todo tipo de publicidad de tabaco en radio y televisión.

En 1977, se produce un hecho sin precedentes, el enjuiciamiento ante un Gran Jurado Especial (figura legal americana utilizada solo para delitos mayores) de siete grandes compañías tabaqueras americanas acusándolas de envenenamiento público. Dichas compañías, en su empeño por mantener sus ventas, ocultaban sistemáticamente informes propios en los que se demostraba la capacidad del tabaco para generar dependencia y otros problemas de salud.

En la década de los 80, se avanza un paso más. Informes científicos ponen de manifiesto que el tabaco no sólo es peligroso para quienes lo consumen activamente, sino también para los que conviven con los fumadores. Es decir, se creó la figura del “fumador pasivo” y del “humo de segunda mano”. A partir de esta evidencia, varias ciudades y estados aprobaron leyes que exigían espacios reservados para no fumadores en los lugares públicos y de trabajo. La legislación federal se endureció ampliando la prohibición de fumar en todos los vuelos nacionales cuya duración fuera inferior a seis horas (1990), así como en bares y cafeterías (California 1998, fue el primer estado de los Estados Unidos que lo prohibió)^{23, 24}.

La pieza clave que permitió investigar y enjuiciar a las compañías de tabaco fue la colaboración como asesor técnico de Jeffrey Wigand, con el destacado periodista Lowell Bergman para esclarecer unos documentos de la compañía Philip Morris en el año siguiente a su despido.

En Mayo de 1994 cuatro mil páginas con informes confidenciales de la industria del tabaco habían llegado, en forma anónima, al Profesor Stanton Glantz de la Universidad de California. Se trataba de documentos internos sobre las actividades en los últimos treinta años de Brown and Williamson Corporation, empresa tabacalera de la que Wigand había sido vicepresidente de investigación y desarrollo, y en donde se reconocía que el tabaco producía adicción, enfermedades graves y muerte. El impacto de sus afirmaciones ante televisión, prensa y la justicia constituyó un factor clave en el desencadenamiento de una serie de demandas por parte de diversos estados americanos a las empresas tabaqueras que, como consecuencia, fueron obligadas a pagar cantidades millonarias de dólares a las personas damnificadas a causa del consumo de tabaco²⁵.

Esto significó el primer reconocimiento público por parte de la industria del tabaco sobre el daño que éste produce en la salud. Además, proclamó la necesidad de atacar la estrategia central de las mismas, centrada en el consumo de tabaco por parte de los menores de edad y demostró que estas empresas abusaron del privilegio de la cláusula de confidencialidad para ocultar documentos.

Seguidamente, tras la constatación del impacto cancerígeno y adictivo del cigarrillo por parte de la *Asociación Médica de Estados Unidos* en 1995, y del ocultamiento de la

información por parte de la propia industria, engañando así al público norteamericano, el Departamento de Justicia dispone emprender acciones contra las tabacaleras.

En 1997 Bennet Lebow, máximo ejecutivo de Liggett Group (Chesterfield - L&M) fue el primer empresario del sector en admitir públicamente que el tabaco es adictivo y que puede causar la muerte. Liggett's Group se comprometió a entregar la documentación secreta sobre investigaciones relacionadas con el efecto dañino del tabaco sobre la salud y sobre las manipulaciones en los niveles de nicotina de los cigarrillos para aumentar su poder adictivo. A partir de ese momento, y debido a las demandas, la totalidad de las compañías tabacaleras de EEUU convinieron con 39 estados y Puerto Rico pagar en un plazo de 25 años 368.500 millones de dólares en concepto de reparación de daños y gastos derivados de la asistencia médica por enfermedades producidas por el tabaco. Además se convino acabar con la publicidad dirigida a los jóvenes, financiar campañas para reducir el consumo en la juventud y no realizar patrocinio de eventos.

También se realizaron acuerdos entre las empresas y los estados de Mississippi y Florida, con la finalidad de luchar contra la presión legal y evitar que se desclasificaran más informes reservados de la industria tabacalera. La industria tabacalera empieza a mostrar su verdadera realidad a raíz del destape del caso de Wigand y CBS²⁶.

Europa

La evolución de la legislación en el continente europeo ha sido similar a la norteamericana, aunque de inicio más tardío.

La primera medida de importancia adoptada por la Comunidad Europea en cuestión de salud es la iniciativa del *Consejo Europeo* celebrado en Milán en 1985 de lanzar un "Plan de Actuación de Lucha contra el Cáncer"²⁷, del cual se deriva el "Plan de Acción sobre el tabaco para Europa" coproducido por la *Oficina Regional para Europa de la OMS* y la comisión de las *Comunidades Europeas* en septiembre de 1987.

Al año siguiente en Madrid, se celebra la *Primera Conferencia Europea sobre Política de Tabaco* (1998), donde se establece el "Plan de Acción para una Europa sin Tabaco y el Plan de Ciudades Saludables sin Tabaco". Este proyecto, denominado "Europa contra el

Cáncer”, puso en marcha una campaña de información y sensibilización dirigida al público general, docentes y sanitarios, contra el cáncer en general, y el tabaquismo en particular, que se materializó en la *Carta Europea Contra El Tabaco*, en la que se reconoce el derecho de la población a ser protegida, no sólo de las enfermedades causadas por el tabaco, sino también de la contaminación creada por el humo del tabaco (Tabla 1). De igual forma, se recomiendan estrategias para posibilitar los derechos establecidos en la Carta, así como las medidas a tomar para desarrollar cada estrategia²⁸⁻³⁰.

Tabla 1. Derechos de la carta europea contra el tabaco.

- 1.- El poder respirar un aire sin humo de tabaco es un componente esencial del derecho a un ambiente saludable y sin contaminación.
2. Todos los niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos de la promoción de tabaco y a recibir toda la educación y ayuda para resistir la tentación de comenzar a usar tabaco.
3. Todos los ciudadanos tienen el derecho a respirar aire sin humo de tabaco en los lugares públicos cerrados, así como en los transportes públicos.
4. Todos los trabajadores tienen el derecho a respirar en el lugar de trabajo sin que el aire esté contaminado por el humo de tabaco.
5. Todos los fumadores tienen el derecho a recibir un estímulo y ayuda para vencer su hábito.
6. Todos los ciudadanos tienen el derecho de ser informados de los grandes riesgos para la salud producidos por el tabaco.

Como consecuencia de este Plan de Acción, se prohíbe fumar en lugares cerrados destinados al público, así como también se dictan disposiciones legales en materia de etiquetado (1989), y se regulan los niveles máximos de alquitrán que debe contener el cigarrillo (1990)²⁷.

En los años siguientes se van sucediendo nuevos planes de acción que van ampliando su ámbito de actuación. Así, en 1990 se aprueba un nuevo “Plan de Acción 1990-94” con cuatro objetivos primordiales:

- Prevenir el tabaquismo en determinados grupos sociales (jóvenes, mujeres, docentes y sanitarios)
- Impulsar métodos para dejar de fumar
- Impulsar acciones innovadoras de información

- Financiar estudios de reconversión del cultivo de tabaco.

Tras la evaluación de los planes anteriores, en 1996 se relanza un nuevo Programa de Acción Comunitario de Promoción, Información, Educación y Formación en materia de Salud Pública (1996-2000). De él se deriva la extensión de la normativa a la publicidad y patrocinio de los productos del tabaco (1988), así como la prohibición de su publicidad en televisión (1991).

Por otra parte, la creación, en 1999, de la Red Europea de Hospitales sin Humo (European Network Smoke free Hospitals, ENSH)³¹, asociación independiente internacional sin ánimo de lucro de hospitales involucrados activamente en la prevención y tratamiento del tabaquismo, responde a la concienciación sanitaria sobre la importancia de mantener libres de humo los hospitales compartiendo información y experiencias a través de actividades y proyectos en común.

Tras el nuevo Plan de Acción en el ámbito de la Salud Pública 2003-2008³² se extiende la prohibición de la publicidad sobre el tabaco para abarcar otros medios de comunicación tales como Internet, medios impresos, radio y eventos deportivos como F1. Dicha normativa entró en vigor en julio de 2005 a través de la "Directiva de Televisión sin Fronteras". Sin embargo, la Directiva no incluye aún la publicidad en cines, carteles, merchandising, o patrocinio de eventos culturales y deportivos locales, cuando los participantes sean procedentes de un único estado miembro pues queda fuera de la jurisdicción de la Comisión Europea.

No obstante, la mayoría de estados miembros han incorporado la Directiva a su propia legislación nacional ampliándola y cubriendo la publicidad local. Un informe de la Comisión Europea de 2008 concluye que la normativa establecida por la Directiva había sido traspuesta a la legislación nacional de todos los Estados miembros de la UE, y que estas leyes estaban siendo bien aplicadas.

También, en virtud del Plan 2003, la Unión Europea prohíbe el término "light" o "suave" aplicado a los cigarrillos, por inducir a confusión a los consumidores respecto a los peligros de fumar, ya que puede dar la impresión de que este tipo de producto es menos dañino. Del mismo modo, se regulan las advertencias sanitarias más taxativas como

"Smoking Kills" que deberán cubrir al menos el 30% de la parte frontal de cada paquete y el 40% de la posterior, o incluso una superficie mayor si existen mensajes impresos en más de un idioma nacional.

Por último, y sustituyendo a la Directiva de 2001/37/CE, el 14 de marzo de 2014 el Consejo Europeo ha aprobado la "Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los relacionados con el mismo" (Directiva de Productos del Tabaco, Directiva 2014/40/UE). El nuevo texto será publicado para luego ser trasladado a las normativas nacionales en un periodo de dos años³³.

Esta nueva Directiva de Productos de Tabaco aumenta las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos y picadura de liar, ocupando un 65% de las caras frontal y posterior, pero además:

- Se prohíbe la utilización de saborizantes, vitaminas, cafeína, aditivos asociados con energía y vitalidad, además de los que tengan efectos tóxicos, cancerígenos o mutagénicos.
- Se obliga a la industria a informar sobre los ingredientes contenidos en sus productos.
- Se excluyen todo tipo de elementos promocionales o engañosos.
- Se mantienen los niveles máximos de emisión para alquitrán, nicotina y monóxido de carbono
- Bajo la nueva directiva, los cigarrillos electrónicos también tendrán que llevar advertencias sanitarias y seguridad a prueba de niños, algo que ya se hace en España. Además, se prohíbe la publicidad y promoción de los mismos al igual que de los productos del tabaco.
- Los Estados miembros establecen limitaciones a las ventas transfronterizas por internet de productos del tabaco y cigarrillos electrónicos a los consumidores e incluso podrían prohibirlo.
- Se prevé un sistema de seguimiento y rastreo a nivel de la UE para combatir el comercio ilícito.

En marzo de 2015 el Reino Unido, siguiendo los pasos de Australia, ha establecido para su entrada en vigor en 2016 el denominado “paquete blanco” eliminando de la cajetilla de tabaco todo tipo de logo o color que se pueda asociar con una marca concreta, medida que estudian incorporar otros países como Irlanda o Nueva Zelanda.

Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha constituido el principal promotor del desarrollo de medidas legislativas de ámbito internacional. Su recomendación es contundente: deben ponerse en marcha programas de disminución del tabaquismo que integren acciones educativas, legislativas y asistenciales. Tras iniciativas principalmente divulgativas, como el establecimiento en 1987 del día *31 de Mayo* para la celebración anual del “*Día Mundial Sin Tabaco*”, o slogans que pretenden concienciar a la población (1988) va tomando cuerpo la idea de constituir un instrumento internacional para reducir la morbi-mortalidad derivada del consumo de tabaco a nivel mundial.

La primera iniciativa oficial surgió oficialmente en mayo de 1995, con motivo de la 48ª Asamblea Mundial de la Salud. Al año siguiente, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA49.17, que pedía al Director General que iniciara el desarrollo de un Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (CMCT de la OMS). Sin embargo, no fue hasta 1999 cuando se iniciaron las negociaciones efectivas sobre el CMCT de la OMS, es decir, un año después de que la por entonces Directora General de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, hiciera del control mundial del tabaco una prioridad de la OMS³⁴.

El CMCT de la OMS es el primer tratado negociado bajo los auspicios de esta organización. Está fundamentado en pruebas que reafirman el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible. Además, representa un cambio de paradigma en el desarrollo de una estrategia de reglamentación para abordar las sustancias adictivas; a diferencia de tratados previos sobre control de drogas, el CMCT de la OMS establece la importancia de las estrategias de reducción de la demanda, además de cuestiones relacionadas con el suministro.

El CMCT se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco. La propagación de esta epidemia se ve facilitada por una diversidad de factores complejos

con efectos transfronterizos, incluidas la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa. Otros factores -como la mercadotecnia mundial; la publicidad, promoción y patrocinio transnacionales del tabaco, y el movimiento internacional de contrabando y falsificación de cigarrillos- también han contribuido al incremento explosivo en el consumo de tabaco.

En mayo de 2003, en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, se alcanzó un hito sin precedentes: los 192 Estados Miembros de la OMS adoptaron por unanimidad el Primer Tratado Mundial de Salud Pública, el *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, convirtiéndolo en el tratado más ampliamente aceptado en cuanto a programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación.

Las disposiciones fundamentales del CMCT OMS por lo que respecta a la reducción de la demanda están contenidas en los Artículos 6-14:

- Art.6.- Precio y medidas fiscales para reducir la demanda de tabaco, y
- Art.7.- Medidas distintas de los precios para reducir la demanda de tabaco; en concreto:
 - Art.8.- Protección contra la exposición al humo del tabaco;
 - Art.9.- Reglamentación del contenido de los productos de tabaco;
 - Art.10.- Reglamentación de la información divulgada por los productos de tabaco;
 - Art.11.- Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco;
 - Art.12.- Educación, comunicación, formación y sensibilización pública;
 - Art.13.- Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y
 - Art.14.- Medidas de reducción de la demanda concerniente a la dependencia y abandono del tabaco.
 - Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.
 - Con ese fin, cada Parte procurará lo siguiente:
 - idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo y entornos deportivos;

- incorporar el diagnóstico y el tratamiento servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco para facilitar la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos.
 - establecer en los centros de salud y de rehabilitación, programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento.
 - colaborar con otras Partes para facilitar la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, incluidos productos farmacéuticos, de conformidad con el artículo 22.
- Las disposiciones fundamentales del CMCT OMS por lo que respecta a la reducción del suministro están contenidas en los Artículos 15-17.
- Art.15.- Comercio ilícito de productos de tabaco;
 - Art.16.- Ventas a y por menores; y
 - Art.17.- Prestación de apoyo para actividades alternativas económicamente viables.

España ratificó el CMCT en el año 2005, año en el que se publicó la primera Ley española en materia de tabaco³⁵, con la intención de proteger a la población sobre las devastadoras consecuencias del consumo del mismo.

Por consiguiente, el CMCT representa un instrumento jurídico internacional para el control mundial del tabaquismo y un complemento global a los programas y planes de control del tabaquismo a nivel nacional.

En esta misma línea, desde otros comisionados como la Oficina Regional Europea de la OMS, se destaca que una reducción en el consumo de tabaco es la medida más importante de Salud Pública que los países pueden adoptar para beneficio de su salud y su economía. Estas medidas se han ido materializando en diversas actuaciones como:

- «Salud para Todos 2000» incluye en su objetivo nº 16, la reducción del hábito de fumar³⁶.
- En el documento “Salud 21”, la OMS vuelve a incorporar entre sus prioridades las intervenciones para reducir el consumo de tabaco y los daños para la salud que se derivan del tabaquismo. Concretamente, en su objetivo 12, propone: reducir los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco; y en particular el objetivo 12.1 señala que para el año 2015, el porcentaje de no

fumadores debe ser, al menos, el 80% entre las personas mayores de 15 años y prácticamente el 100% de los menores de 15 años³⁷.

- la «Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo», acordada mediante resolución en la 52 sesión celebrada en Copenhague en septiembre de 2002, establece un marco estratégico referencial para el control del tabaquismo en Europa, con una serie de medidas que deben ser contempladas en los correspondientes planes nacionales, según sus necesidades y realidades, para continuar intensificando su tarea y seguir explorando acciones innovadoras. Tiene en consideración los tres anteriores Planes de Actuación para una Europa sin Tabaco y sus evaluaciones, los principios rectores de la Declaración de Varsovia y es acorde con la estructura y contenido del Convenio Marco para el Control del Tabaco³⁸.

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

Las Partes en el CMCT de la OMS se han comprometido a proteger la salud de sus poblaciones uniéndose a la lucha contra la epidemia de tabaquismo. Con el fin de ayudar a los países a cumplir dicho compromiso y de convertir ese consenso mundial en una realidad a escala planetaria, *en 2008*, la OMS publica el PLAN MPOWER. Este documento presenta un plan de medidas cuya capacidad para reducir la prevalencia del consumo de tabaco se ha demostrado³⁹.

Las seis medidas eficaces para hacer frente a la epidemia del Tabaquismo recogidas en este plan son:

- 1.- MONITOR: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención.
- 2.- PROTECT: Proteger a la población del humo de tabaco
- 3.- OFFER: Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco
- 4.- WARN: Advertir de los peligros del tabaco
- 5.- ENFORCE: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- 6.- RAISE: Aumentar los impuestos al tabaco

El informe *Levantando la cortina de humo -10 razones para una Europa sin humo del tabaco*-encargado en octubre de 2004 a *Smoke Free Partnership* y financiado por las organizaciones *Cancer Research UK*, *European Respiratory Society*, *Institut National du Cancer* y *European Heart Network*, pone de manifiesto las dimensiones del problema de la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco⁴⁰. Las cifras son alarmantes llegando en algunos países a una exposición pasiva del 85% de las personas empleadas.

Se empieza a tomar conciencia de la peligrosidad del humo contaminado con el humo de tabaco. Irlanda se convierte en un país sin humo en marzo de 2004, seguido de Noruega en junio del mismo año. En el otro lado del mundo, Nueva Zelanda iba a hacer lo mismo en diciembre de 2004 e Italia y Malta tenían intención de promulgar una ley integral antitabaco que entraría en vigor a principios de 2005. Los centros de trabajo sin humo no se limitaban ya a los estados más liberales de EE.UU y era posible que la legislación integral para el control del tabaquismo se convirtiera en una realidad, no sólo en los pequeños países europeos con mayor tradición en el control del tabaco, sino en toda la Unión Europea⁴¹.

Legislación española

Aunque en 1985 se regula la publicidad en vallas, medios de comunicación institucional y televisión⁴², no fue hasta la publicación del Real Decreto 192/1988 del 4 de marzo, “sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población” cuando se establecen e incrementan las actividades dirigidas a disminuir el consumo de tabaco en todos los ámbitos sociales del Estado, de las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, y a fomentar una cultura sin tabaco⁴³.

De este Real Decreto se derivaron programas educativos de prevención en la escuela, así como la consolidación de las intervenciones desde Atención Primaria y resto del sistema sanitario promovidas por asociaciones de profesionales (por ejemplo, PAPPs de semFYC). A estas le siguen la creación de unidades especializadas de tratamiento vinculadas a iniciativas de universidades y hospitales, como las líneas telefónicas de cesación.

También en este mismo año 1988 se ponen en marcha programas de cesación a instancias de la OMS (Día Mundial sin Tabaco), y posteriormente, siguiendo la normativa establecida por la Directiva Europea de 1992, actualizada en 2001, se incrementa la fiscalidad⁴⁴.

Se hace necesario un proyecto gubernamental en esta materia y así, en 2003 se aprueba en el Pleno del *Consejo Interterritorial de Salud* el “Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007”⁴⁵. Este Plan pretendía impulsar y coordinar todas las acciones encaminadas a prevenir y controlar el tabaquismo en España cuyo objetivo prioritario fue favorecer e impulsar las políticas para la prevención y el control del tabaquismo, así como coordinar programas de actuación, desarrollo y recursos³⁶. Su intención era aprovechar la experiencia acumulada por todas las administraciones públicas en el desarrollo de este tipo de intervenciones y especialmente los logros de aquellas Comunidades que han podido llevar a cabo programas más sistemáticos de actuación.

La existencia de la *Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo* y el *Convenio Marco para el Control del Tabaco*, de la Organización Mundial de la Salud, así como las iniciativas legislativas de la Unión Europea, fueron también aspectos que propiciaron, reforzaron y favorecieron el desarrollo del Plan Nacional.

La preocupación y actividad de numerosas sociedades científicas y la progresiva implicación de las asociaciones sociales en las actuaciones destinadas a la prevención del tabaquismo, es sin duda otro instrumento de incuestionable valor que el Plan Nacional contempla.

Un ejemplo de la importancia de estos movimientos asociativos lo representó el *Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo* (CNPT), constituido por 32 sociedades científicas, con vínculos con otras organizaciones implicadas e interesadas en la prevención del tabaquismo. Además, forma parte de la *Red Europea de Prevención del Tabaquismo*, que agrupa a coaliciones similares de los diversos países de la Unión Europea.

Desde su fundación, el CNPT ha trabajado para ampliar la prevención del tabaquismo en España y ha desarrollado acciones de educación e información dirigidas a la población, de formación y trabajo con los profesionales de la salud, de colaboración con las autoridades sanitarias, y de contacto con los representantes políticos de la población (<http://www.cnpt.es>).

A finales del año 2005 se aprobó la “Ley 28/2005, de 26 diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”³⁵. Se trata de la primera ley que abordó de forma global los aspectos relacionados con la prevención y control del tabaquismo. Sin embargo, su implantación no fue homogénea, debido en gran medida a su falta de concreción en un aspecto tan relevante como la regulación del consumo del tabaco en los lugares de ocio⁴⁶. En más del 80% de los restaurantes y bares españoles se siguió consumiendo tabaco sin ningún tipo de restricción, lo cual dio lugar a una relajación generalizada en cuanto al estricto cumplimiento de la Ley en otros ámbitos, tales como los lugares de trabajo e incluso los centros educativos y sanitarios. Tampoco fue eficaz para proteger la salud de los no fumadores que conviven con fumadores en los espacios de ocio⁴⁷.

El «modelo español» o la «Spanish solution» fue tomada por las multinacionales tabaqueras como ejemplo a seguir por otros países europeos que en aquel momento se encontraban discutiendo la implantación de legislaciones reguladoras del consumo del tabaco, presionándoles para que tomaran decisiones similares a las ejecutadas por el gobierno español en esta materia.

La normativa del 2005 se mostró eficaz para controlar el patrocinio, la promoción y la publicidad directa de las labores de tabaco, pero ha sido incapaz de controlar estos aspectos desde un punto de vista indirecto. Así, en los años siguientes a su aplicación, las multinacionales tabaqueras desarrollaron modelos de patrocinio y publicidad indirectos que les permitieron seguir enviando mensajes favorables al consumo de tabaco a quienes son su objetivo principal: los jóvenes y las mujeres, por lo cual se ha asistido a un incremento de la aparición de marcas de tabaco o de personas consumiéndolo en series televisivas, en cines, en magazines, e incluso, en secciones de periódicos donde entrevistan a líderes sociales que desempeñan un importante papel modélico para la sociedad⁴⁸.

Ante la presión social, profesional y científica que criticaba la Ley 28/2005 y solicitaba su modificación, en 2010, se dicta la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se 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 tabaco⁴⁹. Los puntos más destacables de esta nueva ley son:

1. Se amplía la prohibición de fumar en:

- *Centros, servicios o establecimientos sanitarios, así como en los espacios al aire libre o cubiertos, comprendidos en sus recintos.*
- *Recintos de los parques infantiles y áreas o zonas de juego para la infancia,*

2. *Se prohíbe en todos los medios de comunicación, incluidos los servicios de la sociedad de la información, la emisión de programas o de imágenes en los que los presentadores, colaboradores o invitados:*

- *Aparezcan fumando.*
- *Mencionen o muestren, directa o indirectamente, marcas, nombres comerciales, logotipos u otros signos identificativos o asociados a productos del tabaco.*

3. *El acceso a tratamientos de deshabituación tabáquica, cuya eficacia y coste-efectividad haya sido avalada por la evidencia científica, se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*

4. *Centros o establecimientos psiquiátricos.*

En los establecimientos psiquiátricos de media y larga estancia se permite fumar a los pacientes en las zonas exteriores de sus edificios al aire libre, o en una sala cerrada habilitada al efecto, que habrá de estar debida y visiblemente señalizada y contar con ventilación independiente o con otros dispositivos para la eliminación de humos.

5. *Clubes privados de fumadores.*

A los clubes privados de fumadores, legalmente constituidos como tales, no les será de aplicación lo dispuesto en esta Ley, relativo a la prohibición de fumar, publicidad, promoción y patrocinio, siempre que se realice en el interior de su sede social, mientras en las mismas haya presencia única y exclusivamente de personas socias.

Por tanto, con esta modificación de la ley anterior, hay dos colectivos especialmente beneficiados:

- Los *Menores*, grupo especialmente sensible de población que está expuesto al humo del tabaco en los lugares públicos cerrados.
- Los *Trabajadores del sector de la hostelería* que se encontraban claramente desprotegidos con respecto al resto de los trabajadores, al estar expuestos al humo de tabaco ajeno.

Sin embargo, aunque supone un importante avance respecto a la ley anterior, sobre todo en lo que respecta a la exposición al humo de tabaco ambiental, deja otros aspectos en el aire, como pueden ser el facilitar el acceso al consumo del tabaco al permitir la venta en más lugares de los inicialmente previstos o el permitir consumir tabaco en habitaciones de hoteles.

No obstante la importancia de esta nueva Ley no viene determinada solo por su aplicación en España sino porque a nivel internacional supuso también la ruptura del ya citado “modelo español” y quebró la argumentación de la industria tabaquera ante otros países, principalmente de Europa del Este o Latinoamérica.

La nueva Directiva de Productos del Tabaco de la Unión Europea, Directiva 2014/40/UE²⁹, se debería haber materializado en España en septiembre de 2014 en un Real Decreto concretando sobre todo la venta, tanto en establecimientos como a través de máquinas expendedoras⁵⁰.

En concreto, la Directiva:

- Prohíbe los cigarrillos y el tabaco de liar con aromas característicos.
- Obliga a la industria tabacalera a informar en detalle a los Estados miembros sobre los ingredientes que utiliza en sus productos (en particular, los cigarrillos y el tabaco de liar).
- Exige que se incluyan advertencias sanitarias en los envases de los productos del tabaco y los productos relacionados. Las advertencias combinadas (imágenes y texto) deben cubrir el 65% de las caras anterior y posterior en el caso de los cigarrillos y el tabaco de liar.
- Establece las dimensiones mínimas de las advertencias y elimina los envases pequeños para determinados productos del tabaco.

- Excluye todo tipo de elementos promocionales o engañosos sobre los productos del tabaco.
- Prevé un sistema de seguimiento y rastreo a nivel de la UE para combatir el comercio ilícito de los productos del tabaco.
- Permite que los Estados miembros prohíban las ventas por internet de los productos del tabaco y los productos relacionados.
- Establece requisitos de calidad y seguridad para los cigarrillos electrónicos.
- Obliga a los fabricantes a notificar los productos del tabaco novedosos, antes de introducirlos en el mercado de la UE.

En la Tabla 2 se puede apreciar los cambios que en las distintas esferas sociales han tenido las distintas leyes en España.

De las últimas actuaciones legislativas en el territorio español son las que tienen por protagonista al cigarrillo electrónico. A finales de marzo de 2014 entra en vigor la prohibición del cigarrillo electrónico en determinadas situaciones⁵¹:

- Los centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de derecho público.
- Los centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como en los espacios al aire libre o cubiertos, comprendidos en sus recintos.
- En los centros docentes y formativos, salvo en los espacios al aire libre de los centros universitarios y de los exclusivamente dedicados a la formación de adultos, siempre que no sean accesos inmediatos a los edificios y aceras circundantes.
- En los medios de transporte público urbano e interurbano, medios de transporte ferroviario, y marítimo, así como en aeronaves de compañías españolas o vuelos compartidos con compañías extranjeras.
- En los recintos de los parques infantiles y áreas o zonas de juego para la infancia.

Tabla 2. Cambios sociales de las distintas leyes antitabaco en España. Fuente. <http://www.rtve.es/noticias/20101221/tabla-comparativa-leyes-antitabaco-espana/388733.shtml>

Área	1988	1992	1999	2006	2011
Centros educativos	Prohibido fumar excepto en áreas reservadas donde no entren menores de 16 años	Sin variación	Sin variación	Desaparecen las zonas para fumadores. No se podrá fumar en colegios, institutos y universidades.	No se podrá fumar en ninguna parte del recinto aunque esté al aire libre, con la excepción a las universidades y centros de adultos
Hospitales y centros de salud	Prohibido fumar excepto en zonas reservadas para fumadores y distintas para personal y usuarios	Sin variación	Sin variación	Desaparecen las zonas para fumadores.	No se podrá fumar en los recintos sanitarios aunque sea al aire libre
Centros de trabajo	Se prohíbe fumar si hay embarazadas o existe riesgo para los trabajadores por contaminantes industriales	Sin variación	Sin variación	Se prohíbe fumar en todos los centros de trabajo salvo al aire libre.	Sin variación
Bares y restaurantes	Sin restricciones	Sin variación	Sin variación	Los bares de menos de 100 metros cuadrados pueden elegir si dejan fumar o no. Los de mayor superficie tienen que separar las zonas de fumadores del resto.	Se prohíbe completamente el tabaco excepto en espacios al aire libre

Autobuses y metro	No se puede fumar en los transportes colectivos, urbanos e interurbanos, en los que haya gente que vaya de pie	Sin variación	Sin variación	No se podrá fumar ni en andenes, pasillos, escaleras, estaciones, etc. Solo al aire libre	Sin variación
Autocares	Solo se podrá fumar en la parte de atrás	Sin variación	Se prohíbe fumar completamente	Sin variación	Sin variación
Trenes y barcos	Se reservarán áreas para fumar por vagones o camarotes completos que no superen el 50% de las plazas	Sin variación	La reserva de plazas para fumadores no podrá ser superior al 36%	Prohibición total de fumar excepto al aire libre en los barcos.	Sin variación
Aviones	Sin restricciones	No se podrá fumar en vuelos comerciales con origen y destino en territorio nacional con duración inferior de 90 minutos	No se podrá fumar en ningún vuelo comercial nacional, dure lo que dure	Prohibición total	Sin variación
Parques infantiles	Sin restricciones	Sin variación	Sin variación	Sin variación	Se prohíbe fumar en las áreas de juego de parques.

El tabaquismo ha dejado de ser un “hábito” y como problema de salud pública está siendo abordado por las autoridades sanitarias de los distintos gobiernos, y ya existe una, más o menos extensa, cobertura legal que busca la protección de la población en general, fumadora y no fumadora, de los efectos nocivos derivados del consumo de tabaco, incluso de las últimas formas de uso que se han introducido en el mercado, como son los cigarrillos electrónico que se ve recogido en el informe de julio de 2014 de la *Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación*⁵² y que no está libre de controversia tanto en su uso como en su seguridad: la FDA identifica sustancias cancerígenas en los cigarrillos electrónicos⁵³.

CAPÍTULO II: EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD

Aunque a finales del siglo XIX el tabaquismo ya estaba mundialmente extendido, sin embargo no constituyó un verdadero problema de salud pública hasta 1880, cuando James Albert Bonsack a instancias de unos empresarios de Virginia, inventó una máquina capaz de elaborar cigarrillos a mayor velocidad que manualmente, en un primer momento unos 400 cigarrillos a la hora y trabajaba las 24 horas, mientras que las personas encargadas de la elaboración manual producían 200^{11, 54}.

James Buchanan, fundador de la American Tobacco Company compró la patente de la máquina de Bonsack y esto supuso el paso a una producción masiva y, por tanto, un cambio en el modelo de consumo pasando de considerarse los cigarros liados manualmente un artículo de lujo reservado a las clases de élite, a ser un producto asequible a toda la población y, por tanto, a un consumo multitudinario.

En estos años el tabaco era considerado como un producto relajante, que aliviaba tensiones sin efectos nocivos conocidos. Esta idea fue reforzada durante las guerras mundiales en las que las cajetillas de cigarrillos se incluían como parte de la ración de cada soldado, y que a su vez, valieron a las compañías tabaqueras para expandir su mercado¹. Entre 1940 y 1945, los años de la Segunda Guerra Mundial, el consumo de tabaco aumentó en un astronómico 75%, con una media de consumo que rozó la escalofriante cifra de 3.500 cigarrillos por persona/año.

En contraposición, Alemania mostró un fuerte movimiento de lucha contra el tabaquismo en la década de los años 30 y 40, entendida en el contexto de la búsqueda de la pureza racial y corporal propios de la ideología nazi, y que consiguió la prohibición de fumar en espacios públicos, la prohibición de la publicidad de cigarrillos, las restricciones a las raciones de tabaco para las mujeres (se argumentaba que el tabaco causaba abortos espontáneos) y que culminó con un corpus de conocimientos médicos vanguardista sobre el tabaco. Se logró establecer el estrecho vínculo entre fumar y desarrollar cáncer de pulmón; y por otra parte, aunque pueda sorprender en parte, se habla por primera vez de “tabaquismo pasivo” (Passivrauchen), concepto acuñado y utilizado por Fritz Lickint, en su obra *Tabakund Organismus: Handbuch der gesamten Tabakkunde* (“El tabaco y el Organismo: manual de fumadores”), que fue producido en colaboración con la Liga Antitabaco Alemana⁵⁵.

Los verdaderos artífices de la universalización del consumo del tabaco en los últimos siglos han sido, sin duda, las multinacionales tabaqueras, cuyos imperios económicos necesitan captar continuamente nuevos clientes para mantener su nivel de ventas, y cuyo arma fundamental (vector de transmisión) es la publicidad directa o indirecta, y su funcionamiento como lobby social y político.

Concepto y prevalencia.

La consideración del tabaquismo como una “Enfermedad Adictiva Crónica” data de 1975, cuando éste es incluido por la OMS con el código F-17 en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco⁵⁶.

En 2005, la Red Europea de Hospitales sin Humo, lo califica como: “El principal problema de salud pública de los países desarrollados”, que sigue cobrándose unos 6.000.000 de vidas al año, 5.400.000 como consecuencia de las patologías derivadas del consumo activo y aproximadamente 600.000 como consecuencia de respirar un aire contaminado por el humo de tabaco, de las que aproximadamente un cuarto de estas últimas son niños⁵⁷.

En el informe de 2011 de la OMS, se muestra como la principal causa evitable de pérdida de salud y de muerte prematura evitable en los países desarrollados. El tabaco constituye la segunda causa de muerte en el mundo y se le atribuye el fallecimiento de uno de cada diez adultos en todo el planeta. Se estima que es el responsable del 15% del total de muertes y el 10% del número total de años de vida perdidos⁵⁸.

El consumo de tabaco es la principal causa evitable de enfermedad y muerte en los países desarrollados y las consecuencias para la salud del consumo de tabaco incluyen enfermedades del corazón, múltiples tipos de cáncer, enfermedad pulmonar, trastornos en la reproducción con un gran coste socioeconómico: En Estados Unidos se calcula que casi medio millón de estadounidenses siguen muriendo prematuramente cada año como consecuencia del uso de tabaco y los costes económicos atribuibles al consumo de tabaco y al tabaquismo pasivo se acercan a los 300 billones de dólares⁵⁹. Además, se estima que un 14% de las muertes por enfermedades no transmisibles son atribuibles al tabaco; y en los fumadores, se estima que la proporción de muertes atribuibles al tabaco es del 30-50%, y una pérdida de 15 años potenciales de vida. Por otra parte, se pone de manifiesto cómo la lucha contra el tabaco ha sido capaz de evitar 8 millones de muertes prematuras y alargar la vida media en 19-20 años⁶⁰; ratificando la importancia de las campañas de prevención del tabaquismo como parte importante de los programas de salud pública y la necesidad de seguir intensificando los esfuerzos para disminuir el consumo de tabaco.

En España si bien se observó un ligero descenso de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco entre los varones, todavía la carga de mortalidad atribuible al tabaquismo sigue siendo muy alta y una cuarta parte de las muertes atribuibles son muertes prematuras ocurridas antes de los 65 años⁶¹.

Aunque la prevalencia de fumadores ha disminuido en los últimos 30 años, el número de fumadores ha aumentado debido al incremento de la población en el mundo. Es decir, la evolución descendente de la mortalidad no es suficiente, el tabaco matará a más de 175 millones de personas en el mundo de aquí al año 2030 si no se disminuye su prevalencia (Figura 1)⁶².

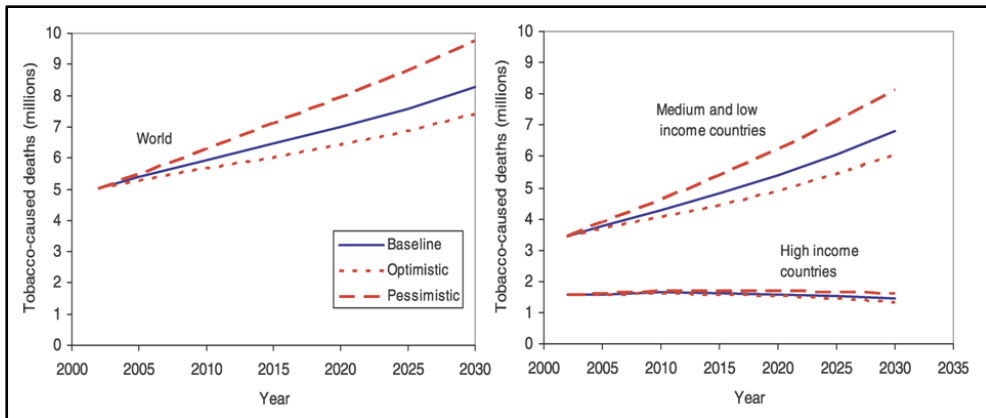


Figura 1. Mortalidad atribuible al tabaquismo (2002-2030). Tres escenarios: Países con alta, media y baja renta per cápita. Fuente: Mathers CD et al ⁶².

Prevalencia en España

Según los datos recogidos en la última Encuesta Nacional de Salud (2012), el consumo de tabaco ha descendido respecto a años anteriores (Figura 2)⁶³. El 24,0% de la población de 15 y más años afirma que fuma a diario, el 3,1% es fumador ocasional, el 19,6% se declara exfumador y el 53,5% nunca ha fumado. Por sexo, el porcentaje de fumadores es del 27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres⁶⁴. Por grupos de edad y sexo queda reflejada en la Figura 3. Esta tendencia de descenso del consumo diario se viene observando desde 1993, fundamentalmente a expensas de los hombres. Desde 2003 también se aprecia un declive en mujeres, aunque menos acusado.

Así, y según datos del estudio "IBERPOC" mientras que en 1993 un 32,1% de la población de 16 y más años (44,0% de los hombres y 20,8% de las mujeres) consumía tabaco a diario, en 2001 ese porcentaje fue del 31,7% (39,2% de los hombres y 24,7% de las mujeres), en 2006 el 26,4%, y en 2012 (población de 15 y más años) del 24,0% (27,9% de los hombres y 20,2% de las mujeres). Dicho estudio destaca que el número de exfumadores ha aumentado en los últimos años, pasando de un 17% en la Encuesta Nacional de Salud del año 1992 a un 24%. Dicha elevación hablaría a favor de una progresiva concienciación de la población general española en la necesidad de abandonar el hábito, pero también podría ser interpretada en el sentido de que los fumadores de esas edades empezasen a sufrir patología relacionada con el consumo del

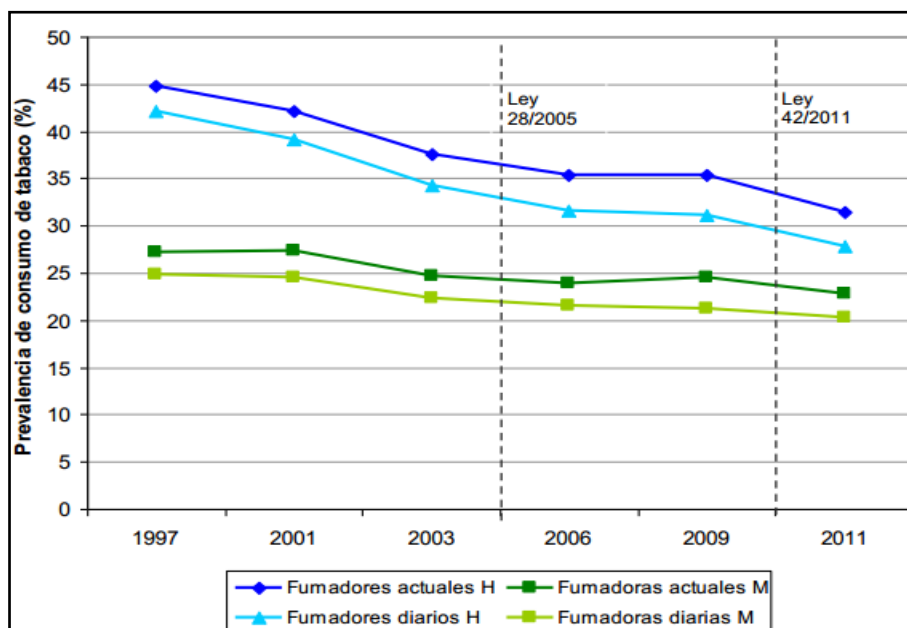


Figura 2. Evolución de la prevalencia de fumadores diarios en los últimos años. Fuente: Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010 .

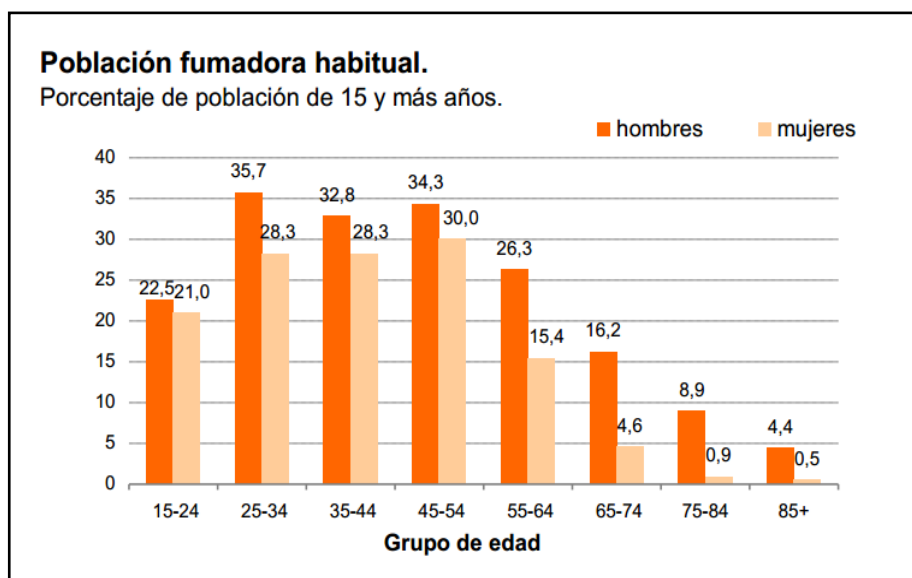


Figura 3. Prevalencia de población fumadora por grupos de edad y sexo. Fuente: ENS 2012. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/hp770.pdf>

tabaco y ello les lleva a abandonarlo. Esta hipótesis estaría apoyada por dos datos: la mayor parte de los fumadores lo dejan entre los 40 y 50 años y, la mayoría de los sujetos

empiezan a fumar a los 19 años. Sabemos que es precisamente ese el tiempo que debe transcurrir para que la patología asociada al consumo del tabaco se manifieste⁶⁵.

En estas mismas fechas, según datos del estudio “ERICE” la mortalidad por consumo de tabaco se estimaba en más de 50.000 personas al año, de las cuales fueron muertes prematuras (antes de los 65 años) más de la cuarta parte de ellas, como ya se ha comentado. Según este estudio, el 31% de la mortalidad total se debe al cáncer de pulmón y el tabaquismo es el tercer factor de riesgo cardiovascular, por delante de la obesidad y la diabetes mellitus⁶⁶.

Similar tendencia a la reducción del consumo de tabaco también se ha puesto de manifiesto en los jóvenes entre 15 y 24 años, pues ha pasado de afectar al 28% en 2006, al 21,7%, en 2012, sin gran diferencia entre sexos (22,5% de los hombres y 21,0% de las mujeres).

Un grupo de especial importancia, y aún muy preocupante en nuestro país, son los adolescentes. La Encuesta Estatal Escolar sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2012, revela que el 35,3% de los jóvenes entre 14-18 años, estudiantes de enseñanzas secundarias, ha consumido tabaco en los últimos 12 meses; observándose un incremento respecto a la anterior encuesta del 2010, en el que el porcentaje era de 32,4%. Un 29,7% consumieron en los últimos 30 días y un 12,5% eran consumidores diarios. La edad de inicio en el consumo de tabaco se sitúa en los 13,6 años de media y el consumo diario se produce en los 14,5 años de media, con una prevalencia en mujeres de un 13.1% y del 12% en varones⁶⁷.

Los cinco estudios más representativos sobre este tramo etario en España, a saber, Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria (ESTUDES), Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población Juvenil (SIVFRENT-J); estudio de Factores de Riesgo en Estudiantes de Secundaria (FRESC); Estudio de Monitorización de las Conductas de Salud de los Adolescentes (EMCSAT), venían publicando que se observaba un patrón de descenso de la prevalencia de fumadores diarios adolescentes en España⁶⁸; pero según los últimos datos del ESTUDES parece haber hay un cierto repunte en los varones (Figura 4)⁶⁷.

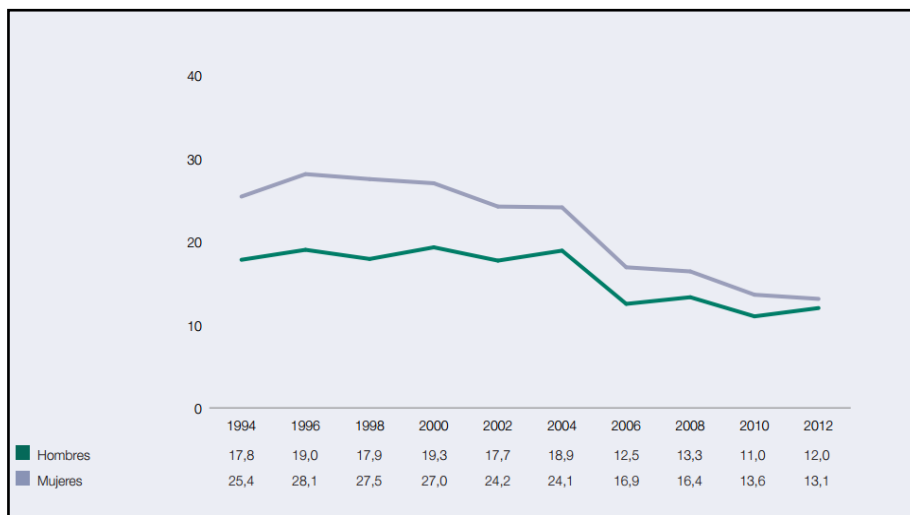


Figura 4. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo (porcentajes). España, 1994-2012. Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Corroborando lo datos del estudio ESTUDES, están los de la última encuesta telefónica domiciliaria sobre consumo de drogas, EDADES 2013-2014, del Plan Nacional de Drogas, presentados en marzo 2015, que ponen de manifiesto el cambio de tendencia observada en las últimas Encuestas Nacionales de Salud, en las que se apreciaba un descenso en la prevalencia de tabaquismo; y respecto a los resultados del 2011 se observa un repunte en el consumo de tabaco y alcohol (Figura 5)⁶⁹.

De los encuestados, manifestaban haber consumido tabaco en los últimos 12 meses, el 40.7%, medio punto más que en la anterior encuesta, 44,2% en los varones y 37,2% en las mujeres⁶⁹, por lo que habrá que esperar a la próxima encuesta de salud para confirmar una u otra tendencia.

Por ello, entre otros factores, se debe mantener la vigilancia debido a la existencia de oscilaciones, y la muy frecuente asociación entre consumo de tabaco y cannabis, como ha sido demostrado en el estudio comparativo de los datos de ocho encuestas a lo largo de los últimos 20 años en Barcelona⁷⁰.

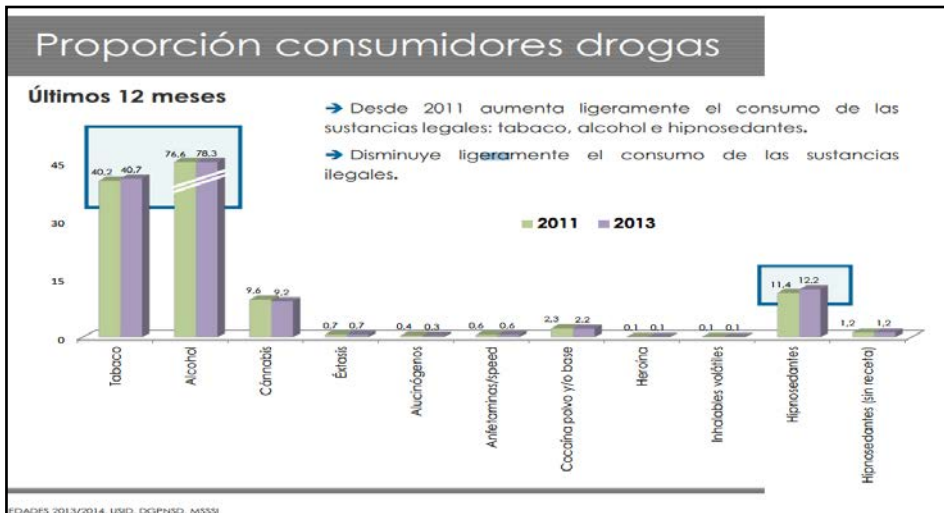


Figura 5. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas (consumo en los últimos 12 meses) en España. Encuesta telefónica domiciliaria 2013-2014. Fuente: EDADES 2013/2014. Plan Nacional Sobre Drogas.

Aunque se avanza en el sentido correcto en el control de la epidemia tabáquica en nuestro país, sería deseable que el ritmo de cambio fuera más acentuado y constante. Los esfuerzos deben continuarse y la experiencia adquirida debe exportarse a los países en vías de desarrollo donde la industria tabaquera pretende obtener actualmente sus mayores beneficios, ante la falta de medidas regulatorias que limiten la publicidad engañosa.

Repercusiones sociosanitarias

Hay que desterrar la falsa creencia de que el consumo de tabaco es beneficioso desde un punto de vista económico para un determinado país. Esta epidemia conlleva elevados costes para el individuo pero también para la sociedad entre las que se incluyen principalmente la atención de las enfermedades secundarias al tabaquismo, las muertes en edades productivas y la disminución de la productividad en los fumadores⁷⁰.

Como ya se ha comentado anteriormente los costes económicos en EEUU derivados del consumo de tabaco y del tabaquismo pasivo se acercan a los 300 billones de dólares⁵⁹.

El Banco Mundial ha evaluado los gastos directos e indirectos de las muertes prematuras y de la morbilidad atribuible al tabaquismo, estimando que un aumento de 1.000 toneladas en el consumo de tabaco representa 2,6 millones de dólares de beneficios y 29,8 millones de costes. Esto supone una pérdida neta de 27,2 millones de dólares. En 1988, se estimó que la sola reducción del consumo de tabaco en un 10% evitaría costes equivalentes al 0,18% del Producto Interior Bruto en España³⁶.

En España, los costes sanitarios directos de sólo cinco de las enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares) han ido aumentando a lo largo de los años. En 2001 fueron estimados por la Universidad Pompeu Fabra entre 437.000 y 604.000 millones de pesetas (según las distintas fracciones atribuibles al consumo de tabaco en las enfermedades estudiadas)³⁶. En 2006 se encontraba en 6.870 millones de euros⁷² y en 2008 en 7695 millones de euros⁷³.

A nivel empresarial el consumo de tabaco supone unos costes anuales de 8.781 millones de euros, derivados del absentismo laboral por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, la pérdida de productividad por el consumo de tabaco en el lugar de trabajo y los costes adicionales de limpieza y conservación de instalaciones⁷³.

Sumados los gastos sanitarios y empresariales atribuibles al consumo de tabaco superan los 16.000 millones de euros, por lo que estado español perdió, en el 2008, según estas cifras, más de 6300 millones de euros debido al tabaquismo.

En el ranking de costo-efectividad del tratamiento dietético-farmacológico de procesos crónicos cardiovasculares como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, el primer lugar lo ocupa las terapias para dejar de fumar⁷⁴.

Tabaquismo pasivo

El tabaquismo pasivo, también llamado humo ambiental de tabaco o tabaquismo de segunda mano, es la inhalación involuntaria del humo que se desprende del tabaco consumido por otra persona. Aunque se produzcan obviamente riesgos de salud menores a los del tabaquismo activo, estos no sólo son evitables, sino además

involuntarios y, por supuesto, nada despreciables. Hoy nadie discute que el tabaquismo pasivo es un hecho y hay estudios que demuestran incluso la presencia de nicotina en bebés⁷⁵.

A nivel mundial, en 2004 se estimó que el 40% de niños, 33% de los varones no fumadores y el 35% de las mujeres no fumadoras estaban expuestos al humo de tabaco. Esta exposición ha causado 379.000 muertes por cardiopatía isquémica, 165.000 por infecciones respiratorias bajas, 36.900 por asma, y 21.400 por cáncer de pulmón. 603.000 muertes fueron atribuibles al humo de segunda mano en 2004, que corresponde aproximadamente al 1% de la mortalidad a nivel mundial. El 47% de las muertes por el humo de segunda mano se produjo en las mujeres, el 28% en niños y 26% en los hombres. Las mayores cargas de morbilidad fueron las infecciones respiratorias bajas en niños menores de 5 años (5.939.000) y la cardiopatía isquémica en adultos (2.836.000) El asma supuso una carga en adultos de 1.246.000 y de 651.000 en niños. Teniendo en cuenta los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD), en el 2004 ascendieron a 10,9 millones, lo que supone el 0,7% de la carga mundial total de enfermedades. El 61% de los AVAD fueron en niños⁷⁶.

Estas estimaciones de la carga mundial de morbilidad atribuible al humo de tabaco sugieren que se conseguiría una sustancial ganancia de salud con un sistema de salud pública eficaz e intervenciones clínicas dirigidas a reducir el tabaquismo pasivo en todo el mundo.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, la exposición infantil al humo de tabaco en el domicilio se estimaba que era del 24,1% en niños y del 21,8% en niñas de 0 a 4 años, del 32,4 y el 32,7%, respectivamente, en niños y niñas de 5 a 9 años; y del 39,6 y el 42,3% en niños y niñas de 10 a 14 años⁷⁷. Según la última encuesta (2011/12) estos porcentajes han disminuido ostensiblemente: en el grupo de edad de 0 a 4 años es del 6,66% en niños y del 6,89% en niñas. Y en el grupo de edad de 5 a 14 años del 13,36% y 14,25% respectivamente⁶⁴.

En España, según informa el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo se calcula que cada año mueren unas 3.200 personas al verse expuestas al humo del tabaco ambiental⁷⁸. Según la Encuesta Nacional de Salud 2011/12 el 18% de la población no fumadora son fumadores pasivos⁶⁴.

El Tabaquismo pasivo infantil presenta unas peculiaridades que le hacen distinto al del adulto. Estas son:

- Dependencia de sus tutores
- Sumisión en cuanto a la decisión de las condiciones del hábitat
- Inmadurez de la inmunidad
- Mayor número de respiraciones por minuto (hasta la edad de párvulo), lo cual podría influir en una mayor inhalación de humo que un adulto en las mismas condiciones.

La exposición al humo pasivo por parte de los niños en los hogares en los que ambos padres fuman es nueve veces superior a la media. Se calcula que un niño pequeño con ambos padres fumadores podría “fumar” a la largo de un año unos 170-300 cigarrillos⁷⁹.

Aunque las enfermedades respiratorias conforman la patología más frecuente (asma, bronquitis, otitis media), no hay que olvidar la asociación entre tabaco y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) o los riesgos durante el embarazo, aparte de los riesgos cancerígenos y alteraciones cognitivas y de conducta^{80, 81}.

Según un estudio de cohortes a cargo del CDC realizado en EEUU a partir de 2002, en el que se revisan más de tres millones de nacimientos, y publicado en *American Journal of Preventive Medicine*, demuestra que el porcentaje de muertes por SMSL relacionados con el tabaquismo de la gestante llegaba hasta un 34%, cifra más que significativa como para desarrollar intervenciones sobre este colectivo. También se halló que fumar durante el embarazo había causado entre 5% y 8% de todos los nacimientos prematuros, y entre 13% y 19% de los bebés nacidos a término con bajo peso. La patología evitable alcanzaba un 6% de muertes entre los bebés pretérminos, además del citado dato del 34% muertes por SMSL⁸².

CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS, ACTUACIONES E INTERVENCIONES

La Organización Mundial de la Salud es contundente en sus recomendaciones en las que señala que los países deben poner en marcha programas de disminución del tabaquismo en los que se integren acciones legislativas, educativas y asistenciales. La

Oficina Regional Europea de la OMS, destaca que la reducción en el consumo de tabaco es la mejor medida de Salud Pública que los países pueden adoptar para beneficio de su salud y economía⁸³.

Es necesario impulsar programas que eviten la incorporación al consumo (o al menos retrasen la edad de inicio) y también actividades destinadas a disminuir la prevalencia del tabaquismo, facilitando la deshabituación de la población fumadora. Este descenso en la prevalencia es el único mecanismo para reducir un gran número de enfermedades y muertes, en su mayoría prematuras, atribuidas al tabaquismo. Conviene que estas intervenciones, incluyan acciones específicas por género para evitar que la prevalencia del consumo de tabaco siga aumentando entre las mujeres.

Es fundamental que las intervenciones sean multisectoriales y de amplio alcance, para garantizar su máxima eficacia. También es necesario que sean sólidamente mantenidas, sabiendo que la reducción del consumo se refleja en el tiempo como una disminución de las enfermedades y muertes asociadas al tabaquismo. Se pone de manifiesto de manera constante en foros nacionales e internacionales, la necesidad de incrementar las actividades informativas y educativas, los desarrollos normativos, ampliar las restricciones para la venta, el consumo y la publicidad del tabaco, aumentar los recursos destinados a la deshabituación de la población fumadora, incrementar la investigación para mejorar nuestro conocimiento sobre los factores que determinan el inicio y la consolidación del consumo de tabaco (especialmente en la población joven y entre las mujeres)³⁶.

Por otro lado, hay que tener en cuenta la larga historia de los cada vez más agresivos esfuerzos de la industria tabaquera⁸⁴ para “evitar, retrasar y diluir”, según palabras de la propia OMS, políticas eficaces de control del tabaco como el CMCT de la OMS.

Algunos ejemplos de ello son los intentos de la industria para contrarrestar la investigación realizada por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer que mostró la relación entre el tabaquismo pasivo y cáncer de pulmón, y de socavar la evaluación de los riesgos asociados con el humo de segunda mano llevada a cabo por la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos. La financiación directa de los analistas de negocios, científicos, e incluso los historiadores ha sido muy importante en

la promoción de los intereses de la industria tabaquera por encima de los de la salud pública⁸⁵.

Medidas legislativas

La legislación es el mejor instrumento de que disponen los países para la prevención y el control del tabaquismo. Las tres medidas que han demostrado ser más efectivas para la disminución del consumo del tabaco, han sido:

- 1.- Restringir la venta y el consumo.
- 2.- Restringir la publicidad.
- 3.- Incrementar el precio de los productos del tabaco.

Se ha calculado que un incremento del precio de los cigarrillos del 10% en todo el mundo obligaría a dejar de fumar a 40 millones de fumadores y ello supondría evitar 10 millones de muertes³⁰.

Tras la implementación de la medidas legislativas, propias de cada país, con la prohibición de la publicidad en el contexto de una política integral de control del tabaco, se consigue reducir el consumo de cigarrillo un 8% de media, mientras que cuando la prohibición era parcial la caída era de un 1%, por lo que parece que las medidas parciales de prohibición de la publicidad tienen poco o ningún efecto.^{86, 87}. En España este efecto se observó con la Ley 42/2010, en forma de una disminución de la prevalencia de consumo del 9,7% en 2011 respecto a 2009⁶³, lo que viene a corroborar los estudios referidos.

Dentro de las medidas que deben acompañar a la prohibición de la publicidad, y que también se han mostrado eficaces están:

- 1.- Impresión obligatoria de avisos y advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco.
- 2.- Impresión obligatoria en los paquetes de cigarrillos de los contenidos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono emitidos por los cigarrillos.
- 3.- Elaboración de una política impositiva donde el importe de los impuestos sea al menos la mitad del importe total de los cigarrillos.

La certeza de que la prohibición de la publicidad es un arma poderosa en la lucha antitabaco, es algo ampliamente documentado. Según un estudio realizado en 1986 en los países de la OCDE, se estimaba que la prohibición de cualquier publicidad sobre tabaco así como el incremento de los precios de las labores del mismo podrían haber reducido el consumo hasta en un 40%⁸⁸.

La publicidad de las compañías tabaqueras ha ido cambiando su marketing según los mercados de destino, a los que sucesivamente se han ido dirigiendo según las circunstancias. Las principales estrategias que la industria tabaquera ha desarrollado para promocionar sus productos e impedir la adopción de regulaciones que afecten a sus intereses comerciales son similares en todo el mundo. Incluyen campañas de relaciones públicas, la compra de la opinión de especialistas para crear dudas sobre resultados de investigaciones científicas que le son adversas, la oposición a las restricciones legislativas en materia de publicidad, la comercialización y el hecho de fumar en espacios públicos, así como el intento de que el hábito tabáquico siga siendo socialmente aceptable. Además, las empresas conocen y participan en la distribución de los cigarrillos por conductos ilícitos (contrabando)⁸⁹.

Así, en los primeros años del siglo XX, la publicidad de las multinacionales se dirige sobre todo a las mujeres, un colectivo que hasta entonces apenas fumaba. A ellas se les ofreció el tabaco como creador de ilusiones, status social, glamour, etc. Posteriormente las campañas hacen presa en niños y jóvenes como se comprueba en documentos internos de la industria donde se puede encontrar la siguiente cita en un documento interno del año 1984 de la *RJ Reynolds Tobacco Company*, sobre estrategias para captar nuevos consumidores: "... los jóvenes son la única fuente asequible para sustituir a los actuales fumadores; si éstos no fuman la industria se hunde, al igual que la población se reduce si no se producen nacimientos..."⁹⁰.

A los jóvenes se les ofrece el tabaco con diseños atractivos, asociado a deportistas de éxito, como una conducta favorecedora de las relaciones sociales, ausencia de preocupaciones, vida de aventura, en suma de éxito social⁹¹.

No cabe duda que *“la misión de la publicidad en el tabaco es la de seducirnos primero, conquistarnos después y dejar luego a la nicotina para que selle el maridaje con su joven víctima por tiempo indefinido”*⁹⁰.

En la actualidad, las redes sociales y videojuegos han demostrado ser un buen lugar para captar a jóvenes y adolescentes. En EEUU la prevalencia del consumo de tabaco en videojuegos aptos para mayores de 10 años pasó de 0,8% en 2005 a 12,6% en 2011⁷⁹.

Por último, y debido al paulatino endurecimiento de la legislación en los países desarrollados y a los pleitos multimillonarios interpuestos por fumadores, el marketing de las multinacionales tabaqueras ha vuelto su mirada hacia los colectivos más desfavorecidos de los países desarrollados, así como a los países en vías de desarrollo, ofreciéndoles el mensaje de la bondad del estilo de vida occidental como modelo a alcanzar.

En relación con la publicidad no hay que olvidar el papel que cumplen las propias cajetillas de tabaco. Son la manifestación textual de la relación existente entre las autoridades de la salud, los productores de tabaco y los consumidores²².

La industria del tabaco reconoce en sus documentos internos que la “cajetilla es la mejor y más poderosa herramienta publicitaria para su producto”. Pese a las repelentes advertencias sanitarias, aún sobra espacio para incluir imágenes atrayentes, exóticas y seductoras, sobre todo para los jóvenes. Sólo hace falta un centímetro cuadrado para imprimir un código BIDI que les redirija desde sus móviles a sus sitios web con promociones publicitarias tan inductoras del fumar como *hazloahora.com*. Desde el primer mensaje hasta nuestros días ha habido cambios gráficos importantes. La reciente iniciativa irlandesa de empaquetamiento genérico, seguidora del “plan packaging” de australianos, neozelandeses y canadienses, ha sido refrendada por Francia y Reino Unido pero no así por España, que ha imitado la actitud de Rumania, Grecia y Bulgaria. Una vez más, las multinacionales tabaqueras con la amenaza de recursos judiciales, procesos en tribunales internacionales de libre comercio y con la exigencia de indemnizaciones billonarias por los perjuicios ocasionados intimidan a los gobiernos, consiguiendo que estos atenúen sus acciones legislativas⁹².

El plan tiene entre sus medidas más destacadas la homogeneización de las cajetillas de tabaco, rediseñándolas para hacerlas "neutras", con el objetivo de que todos los paquetes, sean de la marca que sean, tengan la misma forma, tamaño, color y tipografía.

El CNPT y la OMC, en representación de 32 sociedades científicas y 52 Colegios de Médicos, respectivamente, han expresado la relevancia de medidas de este calado, que consideran "valientes, ejemplares y responsables" en la lucha por la reducción de la morbimortalidad asociada al tabaquismo. Ambos organismos destacan los buenos resultados obtenidos con estas medidas en países como Australia en cuanto a la reducción de la prevalencia del tabaquismo (12,8% en 2013, frente al 24% de España) y en lo referente a la incorporación de los jóvenes a la adicción al tabaco. En la carta expresan también su deseo de que estas medidas sean trasladadas al marco legislativo español por las autoridades pertinentes.

Medidas Educativas: escuela, comunidad y familia

Se estima que una parte importante de los fumadores se inicia en el tabaco antes de los 18 años, de los que casi un 25% lo hace antes de cumplir los 10. La edad de inicio en el consumo de tabaco se sitúa en los 13,6 años⁶⁷.

Según el *Royal College of Physicians*, el tabaquismo en la adolescencia influye doblemente en la mortalidad; por una parte, es el responsable del 50 por ciento de los fallecimientos relacionados con el tabaco y por otra, reduce la esperanza de vida en 10 años.

Una importante proporción de la carga de enfermedades y muertes de los jóvenes en los países desarrollados es atribuible al mal uso del alcohol y las drogas ilícitas. Los patrones de consumo de sustancias establecidos en la adolescencia son bastante estables y predicen patrones crónicos de uso, y posteriormente, la mortalidad y morbilidad.

La conducta de fumar se inicia como resultado de una presión social favorecedora, generalmente en la adolescencia, donde el niño comienza a fumar como parte del proceso de experimentación propio de esta época. Este hábito se ve fomentado por el grupo de amigos, la publicidad y la accesibilidad al tabaco. Posteriormente el hábito se mantiene debido a la dependencia que causa la nicotina y a la asociación inconsciente que produce el acto de fumar con determinadas situaciones cotidianas, lo que finalmente conlleva al automatismo del consumo. Es decir, el mantenimiento de la conducta se produce en un primer momento por los efectos físicos del consumo de la nicotina, y posteriormente son los efectos psicológicos los que ayudan al mantenimiento del mismo⁹³. Por ello el tabaquismo constituye un fenómeno multicausal, en el que intervienen multitud de factores:

1.- Que determinan la iniciación:

- Personales: estilos de afrontamiento, actitudes, percepción de riesgos y expectativas relacionadas con las drogas, religiosidad, ideología política, sistema de necesidades y valores.
- Contextuales: gestión de la vida recreativa, simultaneidad de estudios y trabajo
- Socio-familiares: supervisión parental, consumo de drogas en familiares (imitación) e iguales (exigencia del grupo), disponibilidad, publicidad
- Educativas: éxito o fracaso académico.

2.-Factores implicados en el mantenimiento y consolidación del consumo:

- Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina
- La personalidad del adolescente
- Uso del tabaco como herramienta psicológica en situaciones estresantes por falta de un desarrollo adecuado de habilidades sociales y conductas asertivas.

Por tanto se deben adoptar estrategias que permitan proteger a este sector poblacional, tan sensible frente al influjo ejercido por la presencia recurrente del tabaco en nuestra sociedad. La eficacia de las intervenciones dirigidas tanto a la prevención, como a la reducción de los daños relacionados con el consumo de sustancias en adolescentes ha

mostrado ser evidente. A parte de las estrategias reguladoras legislativas, deben elaborarse modelos más integradores y globales como intervenciones para prevenir la aparición de patrones dañinos en entornos tales como las familias vulnerables, escuelas y comunidades; y estrategias universales encaminadas a reducir el atractivo del uso de estas sustancias. En ellas se incluyen la detección y la intervención, así como las intervenciones de reducción de daños en los jóvenes involucrados en el uso de sustancias de riesgo.

Los programas no deben ser “talla única” sino que deben considerar las diferencias de los sujetos y colectivos objeto de las intervenciones. Así, los adolescentes prosociales, asertivos y socialmente habilidosos son menos proclives a manifestar conductas de riesgo para la salud, como el consumo de drogas tanto legales como ilegales⁸⁴.

La escuela es un espacio particular de atención para trabajar preventivamente contra el tabaco, se puede llegar a casi todos los niños o adolescentes, al igual que a sus familias; además, en las escuelas, se hace posible el seguimiento de cohortes enteras durante una buena parte de la adolescencia, facilitando el monitoreo, la implementación y la evaluación de los programas.

Los primeros programas preventivos asumieron un modelo racional para explicar la conducta del consumo de tabaco y se centraron en aportar información sobre los efectos negativos a la espera que al mejorar la información se podría eliminar el consumo. No obstante, en muchas ocasiones estos programas mostraron un efecto contrario al esperado. Esta aproximación tiene la limitación, de no considerar el consumo de sustancias, como un comportamiento multifactorial y el sólo conocimiento de las consecuencias negativas no se traduce en cambios comportamentales^{95, 96}.

A principios de los años 80, surge una nueva generación de programas, centrados en variables psicosociales, parten de la presunción, que las personas empiezan a consumir sustancias, por carencias en sus habilidades psicosociales.

En sintonía con estas afirmaciones, los adolescentes empiezan a fumar como resultado de la presión de pares ya iniciados en el consumo; el consumo de padres, hermanos y el moldeamiento a través de los medios masivos. Sin embargo, otros trabajos se cuestionan que esta presión de los iguales tenga relevancia⁹⁷.

Las evaluaciones de algunas intervenciones que consideran este modelo son contradictorias. Se destaca, el *Hutchinson Smoking Prevention Project*, por su duración y el rigor metodológico en la evaluación. Este estudio siguió a los participantes dos años después de que salieron de la escuela. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos experimentales y controles para el tabaquismo⁹⁸.

Ante este escenario es preciso replantearse la realización de programas de prevención de tabaquismo en la escuela y su evaluación con criterios clínicos, que deben sustituirse por criterios pedagógicos. Se debería iniciar las intervenciones a edades más tempranas e implicar más a los padres de los alumnos⁹⁹.

Los resultados de las revisiones de numerosos estudios experimentales y cuasi-experimentales de prevención de tabaquismo sugieren que la mayoría de las intervenciones escolares son efectivas, en reducir la conducta de fumar, la iniciación tabáquica y la intención de fumar, por lo menos a corto plazo^{100, 101}. Independientemente del tipo de intervención, los resultados pueden calificarse como modestos¹⁰².

Los programas denominados multimodales o multicomponentes, son las actuaciones de prevención del tabaquismo más recomendadas. Se desarrollan en el aula y son más efectivos puesto que combinan los enfoques curriculares con iniciativas mayores dentro y fuera de la escuela. Incluyen, programas para padres, escuelas y comunidades; así como iniciativas para modificar políticas escolares sobre el tabaco o las políticas de estado sobre impuestos, venta, disponibilidad y uso de tabaco⁹⁷.

Se podría concluir que la efectividad de los programas de prevención del inicio del consumo de cigarrillo en el ámbito escolar es parcial y limitada, por cuanto otras intervenciones como la regulación de los espacios sin humo, el alza del precio o el control de la venta y distribución, son tan importantes como la acción directa sobre los nuevos posibles consumidores.

Otro ámbito muy importante sobre el que se puede actuar es la familia. Los niños y la probabilidad de comenzar a fumar de los adolescentes pueden estar influidos por el comportamiento de sus familias, y, por tanto hay que valorar la posibilidad de ayudar a los miembros de la familia a promover y fortalecer actitudes de no fumadores en los niños así como en otros miembros de la familia. En concreto, los adolescentes se

beneficiarían de ese tipo de actuaciones sobre la familia, aunque la eficacia también depende de la capacitación del personal encargado del programa y cómo lleve a cabo éste¹⁰³.

El consejo intensivo o las entrevistas motivacionales en el seno de la familia, se han mostrado como intervenciones eficaces en el ámbito clínico. Si bien las intervenciones de asesoramiento breves ofrecidas por los médicos de familia son eficaces en adultos, esto no se puede extrapolar a las intervenciones realizadas en la consulta de pediatría. Aunque no hay duda de que el pediatra debe realizar intervención sobre los padres o tutores, para lograr reducir la exposición al humo de tabaco de los niños, su eficacia no se ha demostrado claramente. A pesar de no existir datos concluyentes, existen estudios en los que, tanto la entrevista motivacional o asesoramiento intensivo a adultos en la consulta de pediatría, se mostraron efectivos¹⁰⁴.

El lugar de trabajo ha sido otro de los ámbitos utilizados en la lucha antitabaco. Es encomiable la decisión de determinadas empresas de velar por la salud de sus trabajadores proporcionándoles ayudas. Estas incluyen consejería individual y de grupo, tratamiento farmacológico para superar la adicción a la nicotina, y múltiples intervenciones dirigidas a dejar de fumar como el resultado primario o único. Todas estas intervenciones muestran efectos similares si se ofrecen en el lugar de trabajo o en otro lugar.

Las intervenciones que se dirigen al fumador de forma individual aumentan la probabilidad de dejar de fumar con una fuerte evidencia. Las intervenciones de autoayuda y el apoyo social son menos eficaces. A pesar de que las intervenciones en el ámbito laboral facilitan la decisión del fumador a dejar de serlo, el número absoluto de abandono es bajo¹⁰⁵.

Por otro lado, las intervenciones que utilizan como soporte Internet pueden ayudar a dejar de fumar, en particular los que son interactivos y adaptados a cada persona. Estas intervenciones innovadoras para dejar de fumar a través de Internet pueden ser más atractivas para los jóvenes y para las mujeres que fuman, pero han sido poco efectivas en fumadores con depresión asociada. El uso de la red puede tener un beneficio adicional cuando se utiliza junto a otras intervenciones, como la terapia de reemplazo de nicotina u otra farmacoterapia¹⁰⁶.

En este sentido, el potencial de los “mass media” como soporte de campañas educativas y de concienciación social, está claramente infrautilizado^{107, 108}.

En nuestro país, campañas como la de la DGT son un buen modelo de lo que podría trabajarse en materia de tabaco. Solo en una semana el tabaquismo pasivo produce 53 muertes, cifra similar a la de fallecidos por accidente de circulación en un puente largo, o los 1000 muertos semanales provocados por el tabaquismo en general.

En conclusión, las campañas de los medios de comunicación pueden producir cambios positivos o evitar cambios negativos en los comportamientos relacionados con la salud en grandes poblaciones, aunque no hay que olvidar otros factores que contribuyen a obtener dichos resultados, como son la disponibilidad simultánea de los servicios requeridos y de los productos, disponibilidad de programas basados en la comunidad, y políticas que apoyen el cambio de comportamiento¹⁰⁹.

Medidas sanitarias

La OMS en su Boletín Oficial, dentro de la iniciativa “Liberarse del Tabaco”, consideró a los profesionales sanitarios los agentes preferentes para la actuación sobre el tabaquismo. La lucha contra el tabaco debe ser una de las estrategias prioritarias para los servicios regionales de salud y muy en concreto para la atención primaria.

Por ello, todos los profesionales sanitarios deberían incorporar dentro de sus funciones asistencial, docente, investigadora, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, una actuación integral sobre el tabaquismo, que abarque la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del mismo, de manera institucionalizada y con protocolos de actuación establecidos. El médico es el profesional sanitario que juega un papel más importante en la prevención y el diagnóstico del tabaquismo.

Las mejores campañas contra el tabaquismo, como ya se ha analizado, son aquellas que contemplan e integran los distintos ámbitos: prevención del inicio al consumo del tabaco por parte de los jóvenes (incremento de precio, restricción de publicidad directa e indirecta, campañas en escuelas, etc.), protección de la salud de los no fumadores (control del consumo en lugares públicos), información sanitaria a la población general

(avisos sanitarios, información en programas comunitarios, en TV, o en otros medios de comunicación social) y, por último, ayuda para que los fumadores dejen de consumir tabaco (disponibilidad de recursos asistenciales, y financiación de los tratamientos del tabaquismo).

El papel del médico de atención primaria en el control del tabaquismo es de vital importancia. Las especiales características que cumple el médico de primaria le dotan de la capacidad de poder realizar las intervenciones más eficaces para ayudar a sus pacientes fumadores no sólo a concienciarse para el abandono sino, también, a abandonar el consumo del tabaco. Al igual que el médico de familia, el pediatra se encuentra en una situación privilegiada en cuanto a la accesibilidad de la población a él. Dicha situación facilita la interacción, lo cual debe ser aprovechado para dar consejo sanitario también sobre el tabaco.

Pero, ¿es tarea de este profesional (el pediatra) el abordaje del tabaquismo? La respuesta es contundentemente afirmativa. Pediatras y enfermeras de AP deben ofrecer intervenciones, como la educación o la terapia breve, para evitar el inicio del consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar (grado de recomendación B)¹¹⁰.

El pediatra de atención primaria atiende en su consulta a tres tipos de población expuestas a un diferente riesgo o vehiculización del tabaco: el fumador activo adolescente/preadolescente, el niño pequeño como fumador pasivo en el hogar y el feto fumador pasivo intraútero⁷⁹. Este tercer grupo “adjunto” constituido por las madres embarazadas que acompañan a sus hijos a la consulta, es de vital importancia por las nefastas consecuencias que trae consigo el consumo de tabaco en la mujer gestante. Con las embarazadas fumadoras se debe adoptar una actitud de comprensión y estímulo de la decisión de abandonar el consumo de tabaco y no desaprovechar la oportunidad que puede suponer el embarazo puesto que las consecuencias son nefastas: muerte fetal, recién nacido de bajo peso, prematuridad, SMSL, etc.

El inicio del consumo se produce en su mayoría, al finalizar la edad pediátrica. El 60% de los fumadores se inicia entre los 13 y 15 años y el 80% antes de los 18 años. Diariamente en el mundo empiezan a fumar entre 82 y 90.000 niños, haciéndose rápidamente adictos. En España entre 400 y 500 adolescentes se ponen en contacto diariamente con el cigarrillo, de los cuales una gran mayoría avanzará en poco tiempo hacia el consumo regular⁷⁹.

A la vista de estos tres tipos de población, es obvio que cada uno precisa una forma distinta de acercamiento:

- Por ejemplo, en el niño pequeño, totalmente dependiente de los padres, no solo en cuanto a su “manutención o supervivencia”, sino a la sumisión al estilo de vida que estos lleven, es fundamental la actuación que el pediatra puede ejercer sobre los padres, educando, concienciando, apoyando y animando a formarles en una actitud crítica en cuanto al tabaquismo se refiere, sea éste activo o pasivo.
- El niño como fumador pasivo, lo puede ser también a través de la madre lactante en cuya leche los niveles de nicotina en la leche son más altos que en sangre. El tabaquismo neutraliza el efecto protector de la lactancia materna para el síndrome de muerte súbita del lactante. El tabaquismo materno predispone al asma bronquial y la evolución de la función pulmonar es peor en los niños expuestos al humo del tabaco. Aumenta el riesgo de otitis. El absentismo escolar es mayor y, en conjunto, el estado de salud de los niños expuestos al tabaco es peor¹¹¹.

Un grupo poblacional, con especial vulnerabilidad lo constituyen las mujeres gestantes. Existe evidencia científica en la asociación de antecedentes de tabaquismo durante el embarazo y patología en el recién nacido y no solo con el bajo peso al nacer, aunque si bien es la asociación que desde hace más tiempo se ha establecido^{112, 113}.

Las intervenciones para dejar de fumar en mujeres gestantes disminuyen la presencia del bajo peso al nacer: (RR 0,81; IC del 95%: 0,70 a 0,94) y el nacimiento prematuro (RR 0,84; IC del 95%: 0,72 a 0,98), pero además ayudan a que las mujeres se mantengan sin fumar tras el parto¹¹³.

Existen también estudios sobre intervenciones realizadas en la consulta de pediatría sobre madres de recién nacidos, bien fumadoras o bien exfumadoras, que habían dejado el consumo de tabaco durante el embarazo. Las intervenciones podían ser breves o intensivas y se estudiaron las prácticas de 49 pediatras, asignando de forma aleatoria a las madres a los grupos de intervención breve o intensiva y realizando un seguimiento a los 6 y 12 meses, midiendo cese de tabaquismo, mantenimiento o recaída, número de

cigarrillos por día, así como conocimientos y actitudes de las madres. Se comprobó que a los 12 meses las fumadoras que habían dejado de fumar durante el embarazo se mantenían como tal con más frecuencia, un 32,8% frente a 26,1%, con intervenciones intensivas. Las fumadoras al inicio del estudio era más probable que dejarasen con una intervención intensiva y que se mantuviesen a los 6 y 12 meses, 2,3% frente a 1,2%. A los 12 meses, sin embargo, no se vieron diferencias ni en el grupo de fumadoras ni en el grupo que inicialmente eran no fumadoras, cuando se ajusta por edad, tabaquismo del marido, nivel de educación y consumo de tabaco al inicio del estudio. Por el contrario, se apreció a los 12 meses un menor consumo en el número de cigarrillos por día entre las fumadoras, actitudes más negativas frente al tabaco, así como un mayor número de conocimientos frente a los efectos secundarios del tabaquismo pasivo. En aquellas que volvieron a fumar presentaban una mayor predisposición a reintentar dejar el hábito¹¹³.

Otro grupo que requiere una mención especial son los adolescentes. Entre los factores predisponentes que conducen a un niño o adolescente a convertirse en fumador destacan: la consideración de actividad de socialización, la influencia de los iguales (amigos fumadores), padres y convivientes fumadores, profesión de los padres (peor consideración social y remuneración), el grado de cohesión de la familia, clima y rendimiento escolar, control del peso, búsqueda de sensaciones, actitudes positivas hacia conductas de riesgo, intención de fumar en el futuro (por no tener nada en contra para hacerlo), ignorancia de los efectos adversos y enfermedades psiquiátricas asociadas. La evidencia es suficiente para concluir que existe una relación causal entre la intensidad de las campañas de las tabacaleras y la representación del hábito de fumar en las películas y el inicio y dependencia del tabaquismo entre los jóvenes. La población pediátrica puede ser particularmente vulnerable al desarrollo de la dependencia del tabaco. Hay estudios recientes en los que se concluyen que la adicción a la nicotina en adolescentes, se produce con un menor consumo de cigarrillos que en adultos¹¹⁴.

En esta edad es fundamental conocer sus motivaciones o sus esquemas de valores para poder abordar con éxito esta adicción por eso, antes de afrontar la cuestión de cómo realizar el consejo y su eficacia, vale la pena plantearse lo que para el adolescente significa el hecho de fumar.

El adolescente está plenamente convencido de que es imposible desarrollar estas actividades sin tabaco. Es necesario ayudarle a clarificar su disposición a interrumpir el

hábito, lo que va a suponer, proporcionar ayuda para afrontarlo, mejorar sus habilidades de comunicación y de afrontamiento del estrés, y reflexionar sobre los intentos sin éxito. Sin embargo, en el adolescente, el tabaco debe ser considerado como una droga de iniciación pues su consumo suele preceder al de alcohol u otras drogas ilegales, además de su vinculación con conductas de riesgo como participación en peleas o relaciones sexuales no seguras⁹³.

El curso natural del inicio al consumo de cigarrillos ha sido conceptualizado como el avance secuencial a través de 5 etapas (preparación, intentos, uso irregular, uso regular, dependencia nicotínica). La Figura 6 representa el curso natural desde el inicio en el consumo de tabaco hasta la dependencia establecida según los criterios de CIE-10. En pocos meses se pasa de dar una calada a fumarse el cigarrillo entero; de los 9 a los 20-24 meses se pasa de fumar de forma irregular a hacerlo regularmente, semanalmente o todos los días. Entre los 11 y 40 meses empieza a manifestarse síntomas clínicos de abstinencia y dependencia física y psicológica, aunque no tiene que pasar más de 2-5 meses para que el adolescente presente los primeros síntomas psicológicos de adicción y ansiedad¹¹⁵.

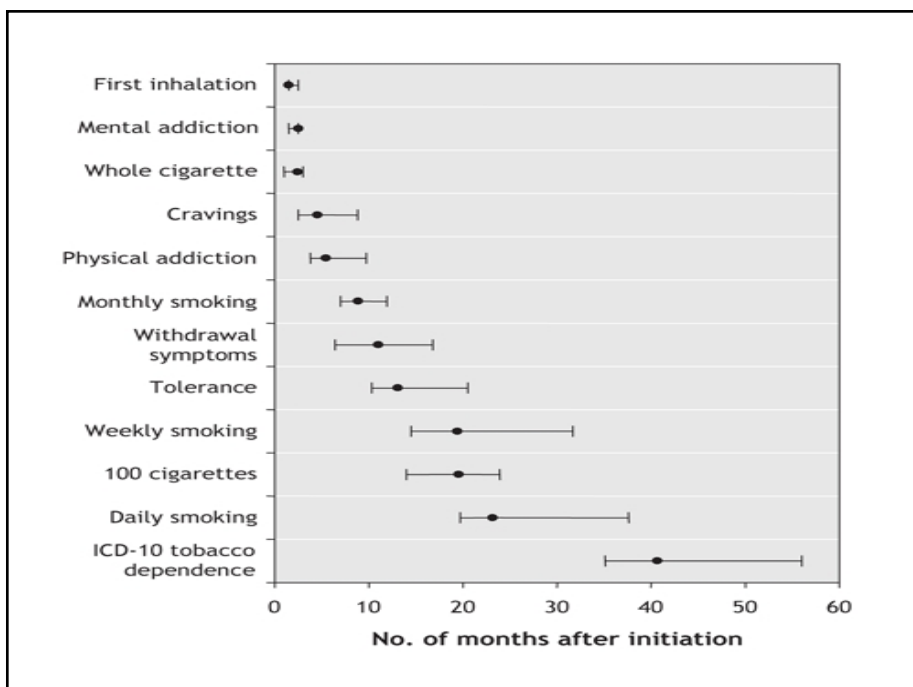


Figura 6. Evolución del patrón tabáquico en adolescentes. Fuente: Gervais A, et al.¹¹⁵.

En este tramo de edad, aproximadamente el 70% de la población acude al pediatra y al dentista a lo largo de un año. Sin embargo, y a diferencia con el médico de familia, es una realidad la escasa prevalencia del consejo breve que hasta ahora se viene ofreciendo en ambas consultas^{116, 117}, lo cual supone desperdiciar ocasiones muy valiosas, pues está demostrado que el consejo intensivo, cuando es proporcionado por diferentes profesionales, tiene una mayor eficacia.

El consejo debe darse de modo que el mensaje sea positivo, ya que a los adolescentes no les motiva hablar de salud y menos de enfermedades a largo plazo. Habrá que utilizar estrategias como aspectos estéticos, deportivos y económicos. Es conveniente formular las preguntas con estilo indirecto como, “Es probable que alguno de tus mejores amigos fume, ¿no es así?” o bien “¿tienes intención de fumar en los próximos meses?” La edad a la que debe iniciarse la anamnesis sobre consumo de sustancias adictivas no está predeterminada, sino que debe variar en función de la madurez del chico o de la chica, así como de las circunstancias concretas de los mismos, aunque habitualmente se sitúa en el intervalo de los 11 a los 14 años. El consejo debe ser adecuado a la personalidad de cada individuo.

Lo más importante y efectivo es el consejo continuado y ofrecido por diferentes profesionales, ya que la continuidad de la atención a través del tiempo permite que se hagan intervenciones breves, pero que ejercen un importante efecto a largo plazo, evitando recaídas o el iniciarse como fumadores habituales.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En los últimos años son muchos los trabajos e intervenciones sobre tabaquismo que se han realizado y se vienen realizando desde distintos niveles asistenciales y sociales. Los resultados obtenidos están supeditados a múltiples factores que no son objeto de estudio del presente trabajo.

La intervención sobre el tabaquismo en el ámbito especializado-hospitalario puede tener mayor eficacia en determinados grupos poblacionales, pero por las características propias de la atención hospitalaria, a veces la efectividad y eficiencia es menor que las intervenciones realizadas en atención primaria en otros grupos.

La cobertura poblacional de las consultas de pediatría es mayor de la que en principio podría entenderse, si extendemos el marco de actuación a los padres de los niños que acuden a la consulta, como se nos insta desde las diferentes sociedades científicas. El abordaje del tabaquismo, y no sólo entendido como la prevención del consumo en la población infantil, es un claro ejemplo de ello.

Mayor cobertura tienen las intervenciones socio-legislativas ya que, en líneas generales, va dirigida a toda la población y quizás por ello los resultados en términos de eficacia sean menores.

Las intervenciones sobre grupos poblacionales que no demandan ninguna actuación concreta, merecen una consideración diferente que aquellas que se realizan sobre pacientes con una patología concreta y donde las intervenciones quedan encuadradas dentro del marco de la prevención secundaria o terciaria.

Las medidas legislativas en materia de prevención de tabaquismo y la intervención del pediatra sobre los padres que acuden a la consulta de pediatría en la prevención del tabaquismo, quedan enmarcadas en la prevención primaria y constituyen los objetivos del presente trabajo.

Hipótesis

Dada la accesibilidad de la población a las consultas de pediatría de Atención Primaria y

la influencia que este profesional ejerce sobre la prevención y promoción de la salud, se postula si una mayor o menor intensidad en las intervenciones realizadas, en materia de prevención del tabaquismo, pueda influir, en mayor o menor medida, en la prevención del tabaquismo pasivo y en la prevalencia de tabaquismo de los adultos que acuden a dichas consultas. Por otra parte, y constituyendo el objetivo fundamental del presente trabajo, el conocer si este tipo de intervenciones aumentan la efectividad de las medias legislativas en lo que al tabaquismo se refiere.

En el presente trabajo se pretende valorar la influencia de las medidas legislativas sobre la actitud de los padres que acuden a la consulta de pediatría, sobre distintos aspectos relacionados con el tabaquismo y no solo sobre su consumo, y en qué medida se pueden comparar con los resultados de la educación sanitaria que se ofrece en dichas consultas.

Objetivo principal

Determinar la influencia de los cambios en la legislación española en el control y prevención del tabaquismo (**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 y **Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010**, por la que se 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) en la actitud de los padres que acuden a la consulta de pediatría y en qué medida la educación sanitaria ofrecida influye en la efectividad de las mismas.

Objetivos secundarios

Determinar la influencia de la educación sanitaria en prevención de tabaquismo habitual frente a una intervención intensiva ofrecida en la consulta de pediatría, en la actitud y consideraciones de los padres/tutores de los niños que acuden a dichas consulta.

Estudiar la actitud y conocimiento sobre el tabaco de los padres que acuden a la consulta de pediatría frente al consumo de tabaco en función de distintas variables como su condición de fumador, el sexo, nivel de estudio y situación laboral.

Valorar la influencia de la situación socioeconómica actual en la prevalencia y actitud frente al consumo de tabaco de los padres que acuden a la consulta de pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Proceso de selección

Diseño del estudio

El diseño empleado se corresponde con un estudio de investigación experimental mixto, con una primera parte provocada y una segunda parte invocada, según la nomenclatura de Contandriopoulos et al.¹¹⁸. La primera parte experimental, realizada entre 2004 y 2005, consistió en un ensayo clínico randomizado, donde los individuos se distribuyeron al azar según conglomerados (por centro de salud), para participar en una intervención intensiva de consejo antitabaco (grupo experimental), o para recibir la intervención rutinaria en las consultas de pediatría (grupo control). La segunda parte del estudio se trata de un experimento natural (experimento invocado) producido por la introducción de la legislación antitabaco en 2005 y 2010. En este caso el investigador no manipuló la variable independiente del estudio y analizó las variaciones naturales o accidentales provocadas por la legislación con una lógica similar a la del método experimental para medir sus efectos sobre una o más variables dependientes, mediante entrevista a los individuos en 2014.

Emplazamiento y participantes

Estudio multicéntrico en el que la población diana fue la compuesta por los padres/tutores de los jóvenes que acudieron a las consultas de pediatría de nueve centros de salud, tanto urbanos como rurales, de distintas provincias, desde junio de 2004, con un periodo de captación de 3 meses. Aleatorizado en lo que a la asignación de la consulta al grupo de intervención se refiere. La muestra obtenida fueron todos los padres/tutores de los pacientes que acudieron a dichas consultas durante el periodo de selección y que no presentaban criterios de exclusión. La población estimada fue de 1.500 participantes.

Los criterios de inclusión fueron: todo padre/madre/tutor mayor de 18 años que no presentara criterios de exclusión y que mostrara su aceptación de participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con enfermedad terminal, deficiencia mental o enfermedad psiquiátrica grave, adicción a otras drogas y la negativa a participar en el estudio.

Recursos Humanos

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se contó con la colaboración de diez profesionales de pediatría que en el momento de la selección de participantes estaban circunscritos a las siguientes Áreas y Centros de Salud:

- Centro de Salud Alcuéscar (Cáceres)
- Centro de Salud Arévalo (Ávila)
- Centro de Salud Béjar (Salamanca)
- Centro de Salud Carbajosa (Salamanca)
- Centro de Salud Fuentesauco (Zamora)
- Centro de Salud Ledesma (Salamanca)
- Centro de Salud Los Villares- Periurbana Norte (Salamanca)
- Centro de Salud San Juan (Salamanca)
- Centro de Salud Zona 2 (Albacete)
- Pediatría de Área en la Z.B.S. del Tera, Vidriales y Villapando (Zamora)

Por otra parte participaron dos miembros del Grupo de Tabaquismo de Castilla y León, para la formación específica en tabaquismo a los profesionales de pediatría participantes.

Métodos de intervención

En función de la consulta de pediatría, seleccionada de forma aleatoria, se realizó una intervención específica intensiva en tabaquismo, aparte de la educación para salud que de forma habitual se venía realizando, o sólo esta última.

La distribución de las consultas se realizó por sorteo (muestreo aleatorio simple de los centros) y en las consultas en las que se intervino de forma específica se facilitó un

material para ser entregado a los participantes, en los que se hacía ver las ventajas de no fumar y las desventajas de hacerlo, así como las formas que existen para dejar de fumar y la influencia que sobre el resto de la familia y, sobre todo, en sus hijos tiene el hecho de fumar.

Por otra parte, se facilitó una formación específica sobre los distintos aspectos del tabaquismo, impartida por los miembros del Grupo de Tabaquismo de Castilla y León, a los profesionales de pediatría de las consultas asignadas a la intervención específica intensiva, para que la información e intervención ofrecida fuera lo más uniforme posible y así evitar posibles sesgos.

A los profesionales de pediatría de las consultas asignadas como grupo control, o intervención habitual, dicha formación se ofreció al finalizar el periodo de selección e intervención.

En ambos grupos se pasó una encuesta tanto al inicio como a los 12 meses, que valoraba la eficacia de la intervención en términos de consumo, actitud e información sobre el tabaquismo.

En junio 2014 se realizó una encuesta telefónica a los mismos participantes, para analizar el efecto que 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 y la **Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010** que modifica la anterior, habían tenido sobre ambos grupos incluidos en el estudio (intervención y control).

Cada pediatra participante fue el encargado de incluir los resultados, iniciales y los obtenidos a los 12 meses de iniciado el estudio, en una base de datos Excel. Posteriormente se unificaron todas las bases de datos en una sola. La encuesta telefónica final realizada en 2014, debido a la situación laboral dispar de cada participante y a que ya no pertenecían a la misma consulta o centro de salud, sobre las que se inició el estudio, fue realizada por una misma persona en nombre de todos los demás.

La intervención realizada consistió en:

Grupo Control

A los participantes del grupo control se les facilitó la información que de forma habitual el pediatra viniese realizando en el marco de la educación para la salud.

Se pasaron las encuestas de actitud y consumo de tabaco al inicio y a los 12 meses, y la encuesta telefónica al finalizar el estudio, donde aparte las preguntas referidas a la actitud y consumo de tabaco, se preguntaba también sobre distintos aspectos respecto a la influencia de las medidas legislativas que se analizan (Anexos 1 y 2).

Grupo Intervención

A los participantes del grupo intervención, aparte de la información que dentro de los contenidos de la educación para la salud cada pediatra participante tuviese por costumbre dar, se le ofrecieron dos folletos: uno en el que se hace ver las ventajas de no fumar y cómo puede ayudar a su hijo para que no fume y otro en el que se ponía de manifiesto que dejar de fumar es posible y cómo se puede conseguir de una forma más fácil, con una serie de consejos, cambio de actitud y estrategias concretas (Anexos 3 y 4).

Se pasó la encuesta de actitud y consumo de tabaco al inicio y a los 12 meses y la encuesta telefónica al finalizar el estudio, de igual forma que en el grupo control. En el caso de que el paciente fuera fumador y que manifestara su deseo de dejar de fumar se ofrecieron controles intermedios (a los 15 días, al mes, dos y seis meses) y apoyo telefónico si lo precisara. En la Figura 7 se resume la intervención de forma esquemática.

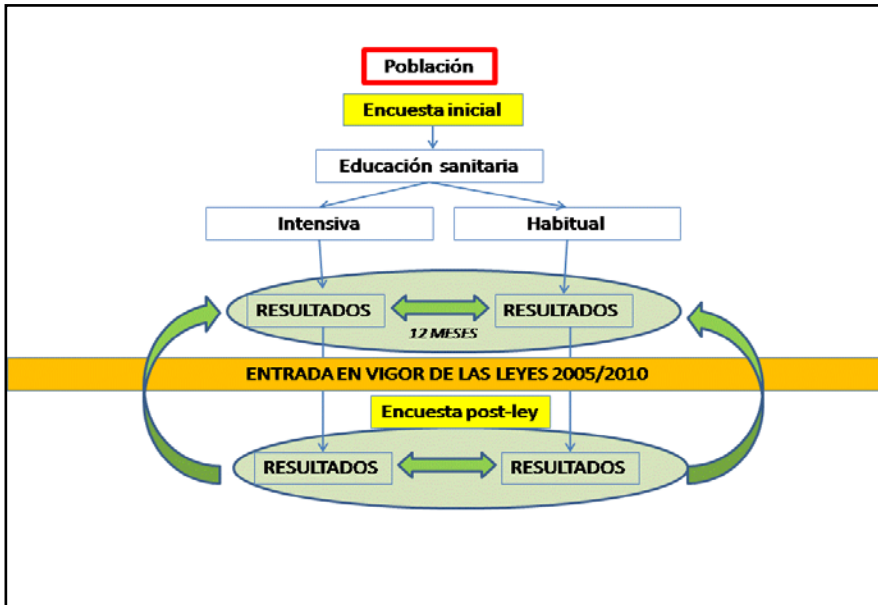


Figura 7. Esquema de la intervención realizada.

Mediciones

En la encuesta inicial se recoge una primera hoja de firma del consentimiento informado para participar en el estudio y a continuación datos de identificación: nombres del niño y del tutor, edad y sexo género de ambos, centro al que pertenecen y número de historia clínica y un teléfono de contacto. Como variables independientes se recogen las ya citadas edad y género del tutor, además de: nivel de estudios (Primarios, Formación Profesional, Bachillerato o Universitarios), si tiene algún trabajo remunerado fuera del de casa (Trabajo por mi cuenta, Trabajo por cuenta ajena o No trabajo fuera de casa), y grado de satisfacción con su trabajo con dos opciones (Si o No).

También se recopila información sobre si es o no fumador, si fuma en el domicilio o no y una serie de variables relacionadas con la actitud y conocimientos sobre el tabaco que se muestran en el Anexo 1.

Al inicio de la intervención (en todas las consultas), se comprueban los datos de identificación personales del niño y padres/tutores, antecedentes médicos, historia de tabaquismo: consumo de tabaco, fase de abandono, actitud frente al tabaquismo, entorno domiciliario y deseo de ayuda para dejar de fumar.

En las consultas de intervención específica se valoró el cambio de fase en el proceso de abandono de tabaco de los padres/tutores fumadores y en el caso de que se decidieran a dejar de fumar se les ofreció controlar su proceso de abandono del tabaco a los 15 días, al mes, dos meses, a los seis meses y al año.

A todos los participantes se realizó una nueva encuesta (idéntica a la inicial) a los 12 meses de la intervención para valorar los cambios respecto al consumo, actitud e información sobre el tabaco, y posteriormente, en junio de 2014, una encuesta telefónica en el que se abordaban algunos aspectos añadidos respecto a las leyes reguladoras objeto del estudio.

Se determinó la prevalencia al inicio de la intervención, a los 12 meses de la misma y al finalizar el estudio.

Estudio estadístico

Las variables cualitativas se expresaron por su valor absoluto y su porcentaje, y las cuantitativas como su media y desviación estándar. Los resultados principales se expresan con su intervalo de confianza del 95% (IC95%). Las pruebas estadísticas utilizadas en el análisis bivalente fueron, para la comparación de proporciones el test de la *chi al cuadrado*, con la corrección de Yates o el test exacto de Fisher cuando fue preciso. Para comparar proporciones repetidas en el tiempo en las mismas muestras se utilizó la prueba de McNemar para datos apareados. Para las variables cuantitativas y la comparación de dos medias independientes se empleó la prueba de *la t de Student-Fisher*, y para comparar medias en más de 2 grupos se utilizó el test de ANOVA. Cuando no fue posible asumir los criterios de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov), se utilizaron pruebas no paramétricas: prueba de Kruskal-Wallis para datos independientes o, para datos apareados, la prueba de Wilcoxon.

En todos los contrastes se consideró estadísticamente significativo un valor de p menor o igual a 0,05 (p de dos colas).

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó con el programa Epi Info v3.5.4 y con el programa SPSS v.13.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para la búsqueda de referencias bibliográficas se utilizó el método de palabras clave, consulta a informantes clave y se utilizó el “sistema de bola de nieve” para identificar referencias (fuentes primarias y secundarias). Se utilizó el servicio de biblioteca “on line” de la Junta de Castilla y León. La estrategia de búsqueda de los datos consultados fue mediante la utilización de Pubmed, la Cochrane Library y Google¹¹⁹.

Las palabras claves más frecuentemente utilizadas, fueron entre otras: *tobacco control, tobacco prevention, tobacco prevalence, teen, child, pediatrics, second hand smoke, law Spanish, home, primary care...*

Las referencias bibliográficas se citaron siguiendo las normas de Vancouver¹²⁰.

Notas aclaratorias

NOTA 1: El presente estudio fue diseñado, en un principio, para analizar las diferencias entre una intervención intensiva en tabaquismo versus a la que habitualmente se ofrecía en la consulta de pediatría. Estudio que no llegó a completarse en su fase final de interpretación de los resultados. El nuevo marco legislativo que supuso 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 y **Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010**, nos dio la oportunidad de utilizar la base de datos existente para realizar una encuesta pareada, y valorar el impacto de las mismas sobre dos grupos poblacionales en los que se habían realizado intervenciones de prevención del tabaquismo de diferente intensidad, y de esta manera poder llevar a cabo la realización del presente trabajo. Esta circunstancia, la falta de un diseño específico de la base de datos inicial para el estudio final, supuso un handicap a la hora del análisis de los resultados, que se comentará en el apartado correspondiente.

NOTA 2: Aunque en un principio se contó con la ayuda económica de una Beca Dr. Prandi de Investigación en Pediatría Extrahospitalaria de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, la fase final del proyecto no ha contado con financiación alguna y en ningún caso ha supuesto conflicto de intereses.

RESULTADOS

RESULTADOS

Antes de exponer los resultados se hacen las siguientes dos aclaraciones para una mejor comprensión del texto:

- Al hablar de *tutores* se estará haciendo referencia a padres y madres indistintamente, sin tener en cuenta el género, restringiéndose el término *padres* a los varones.
- Cuando se hable de *leyes* sin otra especificación, se estará haciendo referencia a 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 y a la **Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010** que modifica la anterior.

Descripción de la muestra de sujetos participantes en el estudio

Tamaño muestral.- Se incluyeron en el estudio 1.013 tutores que acudieron a las consultas de pediatría participantes.

Participaron nueve consultas de pediatría de las diez previstas inicialmente, ya que en una de las asignadas al grupo control, o intervención habitual, hubo un cambio de destino laboral del pediatra responsable de la misma.

Edad.- La edad media de los tutores encuestados fue de 35,39 años, 35,40 en el grupo control y 35,37 en el grupo de intervención intensiva, con una moda de 37 años y una mediana de 35; sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Género.- El 36,1% de los encuestados eran varones y el 63,9% mujeres. No se apreciaron diferencias significativas en cuanto a su distribución por grupos: el grupo control contaba con un 36,6% de varones y un 63,4% de mujeres, y el grupo de intervención un 35,7% de varones y un 64,3% de mujeres ($p>0,05$).

Nivel de estudios.- En relación a esta variable, se apreció que en el grupo de intervención intensiva era mayor el número de participantes con estudios universitarios, 33,3% frente al 28,5% del grupo control; diferencia que presentaba significación estadística (Tabla 3).

Tabla 3. Características de la muestra inicial respecto a la variable nivel de estudios.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO AL NIVEL DE ESTUDIOS			
Estudios	Grupo control n (%)	G. Intensivo n (%)	TOTAL n (%)
Primarios	223 (44,2)	179 (35,3)	402 (39,7)
Formación Profesional	74 (14,7)	87 (17,2)	161 (15,9)
Bachillerato	64 (12,7)	72 (14,2)	136 (13,4)
Universitarios	144 (28,5)	169 (33,3)	313 (30,9)
TOTAL	505 (100,0)	507 (100,0)	1012 (100,0)
	p= 0,039		

No se observó relación significativa entre el nivel de estudios y el hecho de ser fumador. Fumaba el 33,1% de los que tutores con estudios primarios, el 29,2% de formación profesional, el 39,7% de bachillerato y el 38,7% de los universitarios ($p=0,102$).

Situación laboral.- Teniendo en cuenta que el hecho de fumar puede estar condicionado por circunstancias externas, y que una de ellas es el trabajo, se preguntó si se trabajaba fuera de casa (entendiéndolo como trabajo remunerado) y si se estaba satisfecho con el mismo. En el grupo control predominaban los trabajadores autónomos y en el grupo intervención los que trabajaban por cuenta ajena, con una diferencia estadísticamente significativa. Respecto al grado de satisfacción no se apreciaron tales diferencias (Tablas 4 y 5).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre trabajar fuera de casa y ser fumador. El 71,4% de los tutores tenían trabajo remunerado, y de ellos fumaba el 35,4%. Entre los que no trabajaban fumaba el 34,6% ($p=0,874$). Tampoco había diferencia significativa en cuanto al tipo de trabajo: eran fumadores el 37,7% de los autónomos, y el 34,5% de los que trabajaban por cuenta ajena ($p=0,714$).

Respecto a la relación entre la satisfacción con su trabajo y ser o no fumador no se encontraron diferencias significativas: el 89,4% de los fumadores estaban satisfechos con su trabajo, y también lo estaban el 92,7% de los no fumadores ($p=0,112$).

Tabla 4. Características de la muestra inicial respecto a la variable ¿trabaja fuera de casa?

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE ¿TRABAJA FUERA DE CASA?			
	Grupo control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	TOTAL n (%)
Sí, soy autónomo	109 (21,6)	82 (16,2)	191 (18,9)
Sí, por cuenta ajena	235 (46,5)	295 (58,4)	530 (52,5)
No	161 (31,9)	128 (25,3)	289 (28,6)
TOTAL	505 (100,0)	505 (100,0)	1010 (100,0)
p= 0,000			

Tabla 5. Características de la muestra inicial respecto a la variable ¿está satisfecho con su trabajo?

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE ¿ESTÁ SATISFECHO CON SU TRABAJO?			
	Grupo control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	TOTAL n (%)
Sí	443 (91,9)	399 (91,1)	842 (91,5)
No	39 (8,1)	39 (8,9)	78 (8,5)
TOTAL	482 (100,0)	438 (100,0)	920 (100,0)
p= 0,746			

Prevalencia.- Respecto al consumo de tabaco, la prevalencia de fumadores en la muestra inicial fue del 35,1% (IC 95% 32,2%-38,2%), y acorde a la prevalencia española, el porcentaje de varones fumadores fue mayor que el de las mujeres: el 42,9% de los varones frente 30,8% de las mujeres ($p=0,0004$). Se observaron diferencias en la distribución de la prevalencia de tabaquismo en función del grupo de intervención, siendo mayor el número de fumadores en el grupo de intervención intensiva (Tabla 6).

Tabla 6. Características de la muestra inicial respecto a las variables fumador, grupo de intervención y género.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LAS VARIABLES FUMADOR Y GRUPO DE INTERVENCIÓN y GÉNERO						
FUMADOR	Grupo control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	TOTAL n (%)	Varones n (%)	Mujeres n (%)	TOTAL n (%)
Fumador	163 (32,2)	193 (38,1)	356 (35,1)	157 (42,9)	199 (30,8)	356 (35,1)
No fumador	189 (37,4)	206 (40,6)	395 (39,0)	121 (33,1)	274 (42,3)	395 (39,0)
Exfumador	154 (30,4)	108 (21,3)	262 (25,9)	88 (24,0)	174 (26,9)	262 (25,9)
TOTAL	506 (100,0)	507 (100,0)	1013 (100,0)	366 (100,0)	647 (100,0)	1013 (100,0)
	p=0,003			p=0,000		

Pérdida muestral.-Desde que se inició la selección de participantes en junio de 2004, hasta la encuesta telefónica de la última fase del estudio en junio de 2014 transcurrieron 10 años, motivo, que entre otros, dio lugar a una pérdida muestral de 194 casos (19,2%); observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Tabla 7). Previamente, los casos perdidos a los 12 meses fue de 101 (9,9%), quedando reducida la muestra de estudio, primero a 962 participantes y finalmente a 819.

Tabla 7. Pérdida muestral en función de los grupos de intervención

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA RESPECTO A LA VARIABLE PERDIDA MUESTRAL			
Muestra	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Casos perdidos	115 (22,7)	79 (15,6)	194 (19,2)
Casos válidos	391 (77,3)	428 (84,4)	819 (80,8)
TOTAL	506 (100,0)	507 (100,0)	1013 (100,0)
	p=0,004		

Análisis global y por grupos de la prevalencia de fumadores

En la muestra inicial la prevalencia de tabaquismo fue del 35,1% (IC 95% 32,2%-38,2%), a los 12 meses fue del 30,5% (IC 95% 27,6%-33,5%) y del 21,2% (IC 95% 18,5%-24,2%) al finalizar el estudio, tras la implantación de leyes.

En el grupo control la prevalencia del tabaquismo disminuyó del 32,2% inicial al 30,0% a los 12 meses y al 22,5% después de la entrada en vigor de las leyes y en el grupo de intervención intensiva del 38,1% al principio del estudio, al 30,9% al año y al 20,1% después de la implementación de las leyes.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre trabajar fuera de casa y ser fumador. Tampoco cuando se analizan los resultados tras las intervenciones realizadas. Tras la entrada en vigor de la legislación el 24,3% de los autónomos eran fumadores, frente al 20,9% de los que trabajaban por cuenta ajena y al 20,2% que no trabajan fuera de casa, o lo que es lo mismo en este caso, no tenían trabajo remunerado ($p>0,05$). Tampoco se apreciaron diferencias entre los que se declaraban fumadores al final del estudio, en función del grupo de intervención.

Circunstancias parecidas presentaba la relación fumador y satisfacción con el puesto de trabajo: el 89,4% de los fumadores estaban satisfechos con su puesto de trabajo frente al 92,7% de los no fumadores; y tras la implementación de la Ley los porcentajes fueron del 91,1% y 92,8 respectivamente ($p>0,05$).

En las Tablas 8 y 9 se exponen los resultados de la prevalencia de fumadores por grupos de intervención en los dos cortes realizados, a los 12 meses y tras la entrada en vigor de las leyes. Posteriormente se analizarán los resultados comparativos de la evolución de la prevalencia teniendo en cuenta sólo aquellos casos en los que se dispone de información antes y después de las intervenciones, lo que en algunas ocasiones origina que los datos difieran ligeramente, al expresarse los porcentajes sobre muestras distintas.

Tablas 8 y 9. Prevalencia tabaquismo tras la intervención educativa a los 12 meses y tras la implementación de las leyes 28/2005, de 26 de diciembre, y 42/2010, de 30 de diciembre de 2010.

Tabla 8.				Tabla 9.			
PREVALENCIA TABAQUISMO A LOS 12 MESES				PREVALENCIA TABAQUISMO TRAS LA IMPLEMENTACION DE LAS LEYES			
Fumador 12 meses	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	TOTAL n (%)	Fumador postley	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	TOTAL n (%)
Fumador	143 (30,0)	150 (30,9)	293 (30,5)	Fumador	88 (22,5)	86 (20,1)	174 (21,2)
No fumador	334 (70,0)	335 (69,1)	669 (69,5)	No fumador	303(77,5)	342(79,9)	645 (78,8)
TOTAL	477(100,0)	485(100,0)	962(100,0)	TOTAL	391(100,0)	428(100,0)	819(100,0)
p= 0,802				p= 0,448			

Evolución de la prevalencia general:

1. En el conjunto de la muestra de participantes en el estudio, en el análisis pareado con los 962 de los que se disponía de la misma información antes y después de la intervención, al comienzo del estudio fumaban 315 tutores (32,7%) y después de la intervención, a los 12 meses, 293 (30,5%), siendo la diferencia antes-después del 2,2% (LC 95%: 1,3-3,2), y el valor de $p= 0,020$ (test de McNemar).
2. Entre la situación basal y la evaluación posterior a la legislación antitabaco se disponía de información de 819 participantes. Fumaban antes de la legislación 257 (31,3%) y después de la entrada en vigor de la legislación 174 (21,2%). La diferencia era de 10,1% (LC 95% 5,0-15,0) y el valor de la $p= 0,000$.
3. Entre la situación posterior a la intervención y la posterior a la entrada en vigor de la legislación, de los 819 participantes de los que se disponía la misma información, después de la intervención fumaban 229 (27,9%) y después de la legislación 174 (21,2%). La diferencia era de 6,7 (LC 95%: 2,0-11,4); y el valor de la $p= 0,000$.

Evolución de la prevalencia en el grupo control:

1. En el comienzo del estudio fumaban en el grupo control 144 tutores de 477, el 30,2%; a los 12 meses fumaban 143, el 30,0%; la diferencia de 0,2% (LC 95% -4,0 - 4,2) y el valor de la p no fue significativo.
2. Entre el comienzo del estudio y la evaluación posterior a la Ley se disponía de información de 393 tutores. De ellos 118 fumaban a los 12 meses (30,0%) y después de la Ley, 88 (22,4%); la diferencia fue del 7,6% (LC 95% 0,6-14,8); el valor de la $p=0,000$.
3. Entre los 12 meses y la evaluación posterior a la Ley, en los 391 tutores de que se disponía de la misma información, a los 12 meses fumaban 104, el 26,6% y después de la Ley, 88, el 22,5%; la diferencia del 4,1% es estadísticamente significativa con un valor para la p de 0,000 (LC 95% 2,9-10,9).

Evolución de la prevalencia en el grupo intervención intensiva:

1. Al inicio del estudio, de los 485 participantes del grupo de intervención intensiva, fumaban 171 el 35,2%, a los 12 meses se había reducido a 150, el 30,9%; la diferencia fue del 4,3% (LC 95% 2,5-6,1), y el valor de la $p=0,02$.
2. Entre el inicio del estudio y la evaluación posterior a las leyes, de los 428 participantes de los que se disponía de información, fumaban al inicio 141 (32,9%), en la evaluación posterior a la Ley, 86 (20,1%), la diferencia fue del 12,8% (LC 95% 6,1-19,7) y el valor de la $p=0,000$.
3. Entre los 12 meses y la evaluación posterior a la Ley, los fumadores habían pasado de 125 de los 428 de los que disponíamos de información (29,2%) a 86 (20,1%), la diferencia fue del 9,1% (LC 95% 2,6-15,8), y el valor de la $p=0,000$.

Evolución de la prevalencia según el género:

- Al inicio del estudio, los padres fumaban en un porcentaje del 41,6% en el grupo control y 44,2% en el de intervención intensiva ($p=0,694$). A los doce meses, las cifras descendieron al 38,4% y 35,3% ($p=0,625$); después de la entrada en vigor de las leyes las prevalencias observadas fueron del 32,6% y 23% respectivamente ($p=0,090$).

Resultados

- El porcentaje inicial de madres fumadoras fue en el grupo control del 26,8% y en el de intervención intensiva del 34,7% ($p=0,037$); a los 12 meses del 25,2% y 28,5% respectivamente ($p=0,407$), y después de la entrada en vigor de las leyes del 17% y 18,5% respectivamente ($p=0,740$).

Por otra parte, si se analiza sólo a la población de fumadores, los padres, dejaron de fumar al año en el grupo control el 7,7%, frente al 20,8% del grupo intervención intensiva ($p=0,053$). De las madres fumadoras lo hicieron el 19% en el grupo control vs 17,2% en el de intervención ($p=0,906$).

Evolución de la prevalencia según el nivel de estudios:

La prevalencia de fumadores según su nivel de estudios en los dos cortes realizados se muestra en la Tabla 10.

Tabla 10. Resultados de prevalencia de fumadores tras la intervenciones realizadas en función del nivel de estudio.

RESULTADOS DE PREVALENCIA DE FUMADORES RESPECTO A LA VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS				
Estudios/Fumadores	12 meses n (%)	TOTAL 12 meses n (%)	Postley n (%)	TOTAL postley n (%)
Primarios	111 (28,8)	386 (100,0)	72 (21,7)	332 (100,0)
Formación Profesional	43 (27,9)	154 (100,0)	20 (16,1)	124 (100,0)
Bachillerato	45 (34,6)	130 (100,0)	25 (22,9)	109 (100,0)
Universitarios	93 (32,0)	291 (100,0)	57 (22,5)	253 (100,0)
	$p=0,500$		$p=0,491$	

Como apartado final del análisis de la prevalencia y para conocer el impacto del cambio legal, se estudió sólo a los que presentaban la condición de fumador a los 12 meses de la intervención inicial, y se pudo observar que tras la instauración de las leyes habían dejado de fumar el 24,9%:

- El 15,4% en el grupo control y el 32,8% en el grupo intervención ($p=0,003$)
- El 20,2% de los padres y el 28,5% de las madres ($p=0,201$).

Tabaquismo pasivo

Uno de los objetivos fundamentales, si no el principal, del abordaje del tabaquismo en la consulta de pediatría es la prevención del tabaquismo pasivo y su repercusión en el niño que respira un aire contaminado con humo de tabaco. En este sentido, se preguntó sobre el hecho de si se fumaba o no en el domicilio familiar del niño. El 43,5% de los encuestados manifestaba que en su domicilio se fumaba, sin diferencias significativas entre los grupos (Tabla 11).

Tabla 11. Características de la muestra inicial respecto a la variable fumar en el domicilio y grupo de intervención.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE FUMAR EN EL DOMICILIO			
	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Se fuma en el domicilio	208 (41,1)	233 (46,0)	441 (43,5)
No se fuma en el domicilio	298 (58,9)	274 (54,0)	572 (56,5)
TOTAL	506 (100,0)	507 (100,0)	1013 (100,0)
	$p=0,135$		

Al año, tras la intervención inicial, el porcentaje había bajado al 37,4% (sin diferencia significativa entre grupos) y tras la entrada en vigor de las leyes al 11,8%. En este último caso sí existían diferencias entre los grupos: en el grupo control el porcentaje encontrado fue del 16,6% frente al 7,5% del grupo de intervención ($p=0,000$) (Tabla 12).

De los que al inicio del estudio eran fumadores y fumaban en el domicilio, al año ya no lo hacían el 8,4%, 3,8% en el grupo control y el 12,4% en el grupo de intervención intensiva ($p=0,039$). Tras la entrada en vigor de las leyes el porcentaje fue mayor: el 42,7%, el 22,2% en el grupo control y el 63,4% en el grupo intervención. ($p<0,000$). Este aspecto se analizará más adelante.

Tabla 12. Resultados a los 12 meses y post-leyes respecto a la variable fumar en el domicilio y grupo de intervención.

RESULTADOS A LOS 12 MESES Y POSTLEY RESPECTO A LA VARIABLE FUMAR EN EL DOMICILIO						
	12 meses			Postley		
	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Se fuma en el domicilio	169 (36,3)	186 (38,4)	355 (37,4)	65 (16,6)	32 (7,5)	97 (11,8)
No se fuma en el domicilio	296 (63,7)	299 (61,6)	595 (62,6)	327 (83,4)	396 (92,5)	723 (88,2)
TOTAL	465 (100,0)	485 (100,0)	950 (100,0)	392 (100,0)	428 (100,0)	820 (100,0)
	p=0,567			p=0,000		

Análisis de la dependencia

Preguntados sobre distintos aspectos de la dependencia y los motivos que tenían para seguir fumando los resultados observados fueron los siguientes:

El 40,7% de los fumadores del grupo control aducían en la encuesta inicial, como motivo principal para seguir fumando, que no podían dejarlo y el 3,7% que necesitaban el tabaco y en los fumadores del grupo de intervención intensiva estos mismos motivos eran argumentados por un 37,2% y un 6,8% respectivamente ($p=0,060$) (Tabla 13).

Tabla 13. Características de la muestra inicial respecto a la variable motivos para seguir fumando

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE MOTIVOS PARA SEGUIR FUMANDO			
Motivo	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
No puedo dejarlo	66(40,7)	71 (37,2)	137 (38,8)
Me gusta	61(37,7)	88 (46,1)	149 (42,2)
Lo necesito	6 (3,7)	13 (6,8)	19 (5,4)
Otros motivos	29 (17,9)	19 (9,9)	48 (13,6)
TOTAL	162 (100,0)	191 (100,0)	353 (100,0)
	p=0,060		

A los 12 meses de la intervención, en el grupo control un 40,0% aún referían que no podían dejar el tabaco y un 5,7% que lo necesitaban, en comparación a un 32,0% y un 10,7% del grupo de intervención respectivamente ($p=0,000$); tras las modificaciones legales los porcentajes fueron de un 46,6% y un 6,8% en el grupo control y un 33,7% y un 18,6% respectivamente en el grupo objeto de intervención ($p=0,002$).

Análisis de la motivación para dejar de fumar

Respecto a los motivos para dejar de fumar se apreciaron diferencias importantes entre ambos grupos. Al inicio del estudio, el 80,1% del grupo control tenía como motivo principal para dejar de fumar su salud y un 18,1% lo haría por sus hijos. En el grupo de intervención intensiva los porcentajes respectivos fueron del 60,7 y 34,2% ($p=0,000$). A los 12 meses aumentó el porcentaje de fumadores que dejarían de fumar por sus hijos: 31,9% en el grupo control y 38,3% en el grupo de intervención ($p=0,653$). Tras la entrada en vigor de las leyes, los porcentajes de fumadores que dejarían de fumar por sus hijos se mantuvieron respecto a los observados a los 12 meses, pero aumentaron los fumadores que aducían como motivos para dejar de fumar la presión social y motivos económicos, en detrimento de los que lo dejarían por su salud, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de intervención (Tablas 14 a 16).

Tabla 14. Características de la muestra inicial respecto a la variable motivos para dejar de fumar.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE MOTIVO PARA DEJAR DE FUMAR			
Motivo	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Salud	221 (80,1)	119 (60,7)	340 (72,0)
Hijos	50 (18,1)	67 (34,2)	117 (24,8)
Por Dinero	2 (0,7)	5 (2,6)	7 (1,5)
Presión Social	1 (0,4)	4 (2,0)	5 (1,1)
Otros	2 (0,7)	1 (0,5)	3 (0,6)
TOTAL	276 (100,0)	196 (100,0)	472 (10,0)
	$p=0,0001$		

Tabla 15. Resultados a los 12 meses respecto a la variable motivos para dejar de fumar.

RESULTADOS A LOS 12 MESES RESPECTO A LA VARIABLE MOTIVO PARA DEJAR DE FUMAR			
Motivo	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Salud	93 (64,6)	85 (57,0)	178 (60,8)
Hijos	46 (31,9)	57 (38,3)	103 (35,2)
Por Dinero	3 (2,1)	3 (2,0)	6 (2,0)
Presión Social	1 (0,7)	3 (2,0)	4 (1,4)
Otros	1 (0,7)	1 (0,7)	2 (0,7)
TOTAL	144 (100,0)	149 (100,0)	293 (100,0)
p=0,653			

Tabla 16. Resultados tras la entrada en vigor de las leyes respecto a la variable motivos para dejar de fumar.

RESULTADOS TRAS LA ENTRADA EN VIGOR DE LAS LEYES RESPECTO A LA VARIABLE MOTIVO PARA DEJAR DE FUMAR			
Motivo	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Salud	36 (40,4)	41 (47,7)	77 (44,0)
Hijos	27 (30,3)	29 (33,7)	56 (32,0)
Por Dinero	21 (23,6)	10 (11,6)	31 (17,7)
Presión Social	5 (5,6)	6 (7,0)	11 (6,3)
Otros	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
TOTAL	89 (100,0)	86 (100,0)	175 (100,0)
p=0,227			

Se observaron modificaciones en la evolución de la motivación al año de la misma y también tras la modificación del marco legal. Los resultados al año son del 64,6% (salud propia) y 31,9% (sus hijos) en el grupo control y un 57% y 38,3% respectivamente en el de intervención ($p>0.05$). Tras las leyes estos porcentajes fueron del 40,4% y 30,3%

respectivamente en el grupo control y 47,7% y 33,7% respectivamente en el grupo de intervención ($p>0,05$).

En el análisis de otros motivos para dejar de fumar se observa un aumento de la importancia concedida a la “presión social” y “por el dinero”, como motivos para dejar de fumar tanto en el grupo control como en el grupo objeto de la intervención tal y como se ha visto en las Tablas 14-16. En el análisis global de ambos grupos la presión social ha pasado del 1,1% al inicio del estudio al 6,3% al finalizar el mismo, y el aspecto económico del 1,5% al 17,7% respectivamente.

Análisis de las fases del proceso de abandono del tabaco

Cada fumador en su proceso de abandono del tabaco se sitúa en una u otra fase según el esquema transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente que refleja una mayor o menor motivación para dejar de fumar^{121, 122}.

Analizando las distintas fases del mencionado esquema se observó que los fumadores del grupo de intervención intensiva progresaban más en el proceso de cambio, aunque sin observarse diferencias estadísticamente significativas (Tabla 17 y Figura 8).

Tabla 17. Resultados de la evolución respecto a la variable fase de abandono del tabaco en los tres cortes del estudio (resultados en porcentajes).

RESULTADOS DE LA EVOLUCIÓN RESPECTO A LA VARIABLE FASE DE ABANDONO DEL TABACO									
	Inicio			12 meses			Postley		
	G. Control	G. Intensivo	Total	G. Control	G. Intensivo	Total	G. Control	G. Intensivo	Total
Precontemplación	17,2	26,3	21,6	12	12,5	12,2	8,5	4,7	6,6
Contemplación	30,2	27,7	29	26,7	32,4	29,4	22,2	22,6	22,4
Preparación	4,9	8,7	6,7	8,7	12,1	10,3	6,8	9,0	7,9
Acción	1,2	1,7	1,4	2,3	2,2	2,3	1,7	4,7	3,2
Mantenimiento	46,5	35,7	41,3	50,3	40,8	45,8	50,7	59	59,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	p=0,006			p=0,192			p=0,157		

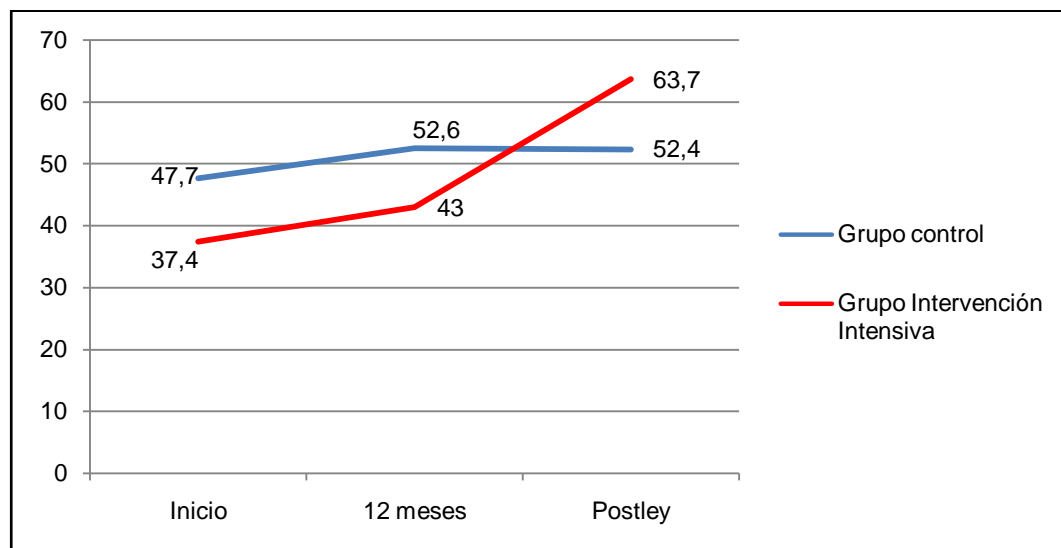


Figura 8. Porcentaje de tutores en fase de acción y mantenimiento, al inicio y durante la encuesta de los 12 meses y tras la implementación de las leyes: Ley 28/2005 y Ley 42/2010.

Valorando sólo a la población que al inicio del estudio era fumadora, las diferencias observadas a los 12 meses tampoco fueron significativas (12,5% estaban en fase de acción y mantenimiento en el grupo control vs 12,7% en el de intervención, $p=0,847$); pero sí, tras la entrada en vigor de las leyes (26,7% vs 41,4% respectivamente, $p=0,038$).

Análisis de los factores condicionantes del inicio al consumo de tabaco

Respecto al grado de conocimiento sobre distintos aspectos del tabaquismo y ciertas actitudes ante el mismo se quiso conocer en qué medida consideraban que pudiera influir el que ellos fueran o no fumadores en el inicio al consumo de tabaco de sus hijos.

Cerca del 80% de los tutores encuestados consideraban que el hecho de que ellos fumasen sí influía en sus hijos a la hora de empezar a fumar. Tras la intervención inicial y tras las modificaciones legales aumentó el grado de concienciación, sin observarse diferencias entre los grupos: del 77,9% en el grupo control y del 78,2% en el de intervención intensiva al inicio del estudio, se pasó al 80,5% y al 81,9% respectivamente al año y al 91,8% y 89,3% respectivamente tras las modificaciones legales ($p>0,05$) (Figura 9).

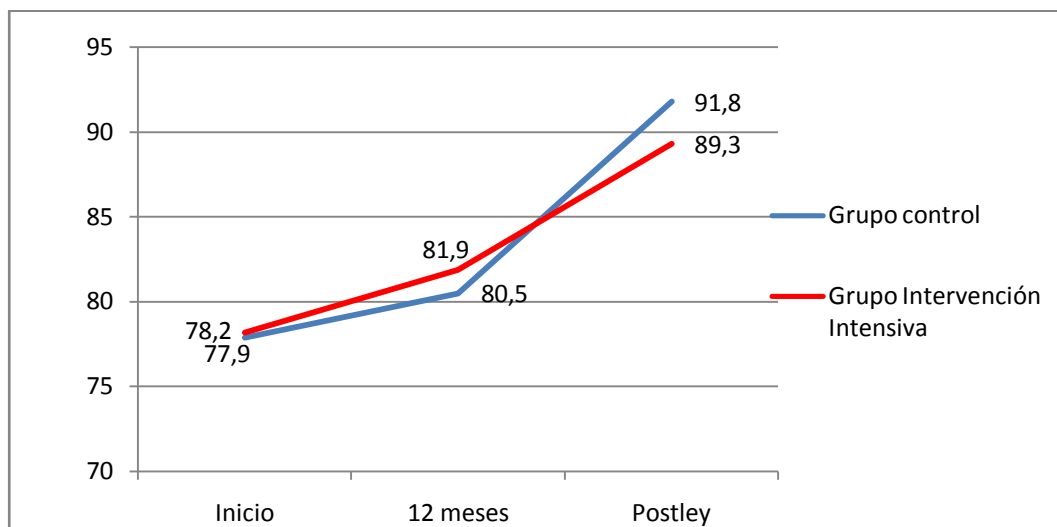


Figura 9. Porcentaje de tutores que opinan que el que ellos sean fumadores, influye en el inicio al consumo de tabaco de sus hijos.

El tabaquismo en los adolescentes tiene unas características especiales por los condicionamientos socioculturales propios de esta etapa. Entre los factores aducidos como agentes inductores al tabaquismo están, entre otros, la publicidad, la incertidumbre en el futuro, el entorno de iguales, etc.

Según la opinión de los tutores sería el entorno de iguales (grupo de amigos) el factor más influyente a la hora de que sus hijos empezasen a fumar. Esta opinión se mantiene en el tiempo, 71,1%, 72,3% y 71,7% al inicio, 12 meses y tras la entrada en vigor de las leyes respectivamente.

Los otros factores sobre los que se preguntaba a los tutores, sí sufren cambios, valorando en mayor medida la falta de perspectiva en el futuro, que pasa de un 0,7% a un 11,2%, en detrimento de la publicidad que del 6,7% baja a un 2,9% después de la entrada en vigor de las leyes. Tras la intervención inicial, en la encuesta de los 12 meses, no se apreciaron cambios significativos en la valoración de los distintos factores; de forma que al entorno de iguales se le ponderaba con un 72,3% y a la falta de perspectiva en el futuro 1,4%. El resto de los factores mantenían porcentajes similares a los de la encuesta inicial (Tabla 18 a 20).

Tabla 18. Características de la muestra inicial respecto a la variable factores condicionantes en el inicio al consumo de tabaco.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE FACTORES CONDICIONANTES EN EL INICIO AL CONSUMO DE TABACO			
Factores condicionantes	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Padres fumadores	111 (21,9)	89 (17,7)	200 (19,8)
Publicidad	40 (7,9)	28 (5,6)	68 (6,7)
Amigos fumadores	339 (67,0)	379 (75,2)	718 (71,1)
Falta de perspectiva de futuro	2 (0,4)	5 (1,0)	7 (0,7)
Otro	14 (2,8)	3 (0,6)	17 (1,7)
Total	506 (100,0)	504 (100,0)	1010 (100,0)
	p=0,004		

Tabla 19. Resultados a los 12 meses respecto a la variable factores condiciones en el inicio al consumo de tabaco.

RESULTADOS A LOS 12 MESES RESPECTO A LA VARIABLE FACTORES CONDICIONANTES EN EL INICIO AL CONSUMO DE TABACO			
Factores condicionantes	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Padres fumadores	83 (17,8)	90 (18,6)	173 (18,2)
Publicidad	41 (8,8)	34 (7,0)	75 (7,9)
Amigos fumadores	333 (71,5)	355 (73,2)	688 (72,3)
Falta de perspectiva de futuro	8 (1,7)	5 (1,0)	13 (1,4)
Otro	1 (0,2)	1 (0,2)	2 (0,2)
Total	466 (100,0)	485 (100,0)	951 (100,0)
	p=0,744		

Tabla 20. Resultados postley respecto a la variable factores condiciones en el inicio al consumo de tabaco.

RESULTADOS POSTLEY RESPECTO A LA VARIABLE FACTORES CONDICIONANTES EN EL INICIO AL CONSUMO DE TABACO			
Factores condicionantes	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Padres fumadores	57 (4,6)	59 (13,8)	116 (14,2)
Publicidad	16 (4,1)	8 (1,9)	24 (2,9)
Amigos fumadores	258 (66,0)	329 (76,9)	587 (71,7)
Falta de perspectiva de futuro	60 (15,3)	32 (7,5)	92 (11,2)
Total	391 (100,0)	428 (100,0)	819 (100,0)
	p=0,000		

Percepción del tabaquismo como perjudicial para la salud

Los conceptos o consideraciones que sobre el consumo de tabaco pueda tener cada individuo varían dependiendo de que sea o no fumador e influyen en el mantenimiento personal del consumo, en la decisión de dejar de fumar, y también en la percepción de la importancia del tabaquismo pasivo.

En nuestra muestra inicial ser fumador sí modificaba la percepción. Así en la encuesta inicial el 96,5% de los tutores consideraban perjudicial para la salud el consumo de tabaco y existían diferencias significativas entre fumadores (94,1%) y no fumadores (97,9%) ($p=0,005$). Al año tras la intervención, los porcentajes fueron similares 96,7% (94,0% en fumadores y 97,9% en no fumadores) ($p=0,002$) y tras las implantación de las leyes el porcentaje aumentó al 99,6%, pero de forma similar tanto en fumadores como en no fumadores sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos, 98,9% y 99,8% respectivamente ($p=0,094$),

Por grupos de intervención la diferencia que se observaba inicialmente entre el grupo control, 97,4%, y el grupo de intervención intensiva 95,7% ($p=0,014$) se perdió en los siguientes controles. Así, a los 12 meses en el grupo control el porcentaje fue del 95,9%

y del 97,5% en el de intervención ($p=0,352$); y tras la entrada en vigor de las leyes el 99,5% y 99,8% respectivamente ($p=0,576$).

Percepción del tabaquismo como droga

La consideración del tabaco como droga se valoró mediante la realización de una pregunta directa y mediante la valoración de tres ítems para la definición del tabaco como droga (pregunta cualitativa). Son los fumadores los que más difícilmente asumen esta realidad.

Del 91% que inicialmente consideraban el tabaco como droga en respuesta a la pregunta directa, 87,9% en el grupo control y 94,1% en el de intervención intensiva ($p=0,000$), se paso al año al 93%, 88,4% en el grupo control vs 97,3% en el grupo de intervención ($p=0,000$) y este cambio en la valoración se acentuó aún más tras las modificaciones legales: 96,9% en toda la muestra, 94,4% en el grupo control y 99,3% en el grupo de intervención respectivamente ($p=0,000$) (Figura 10).

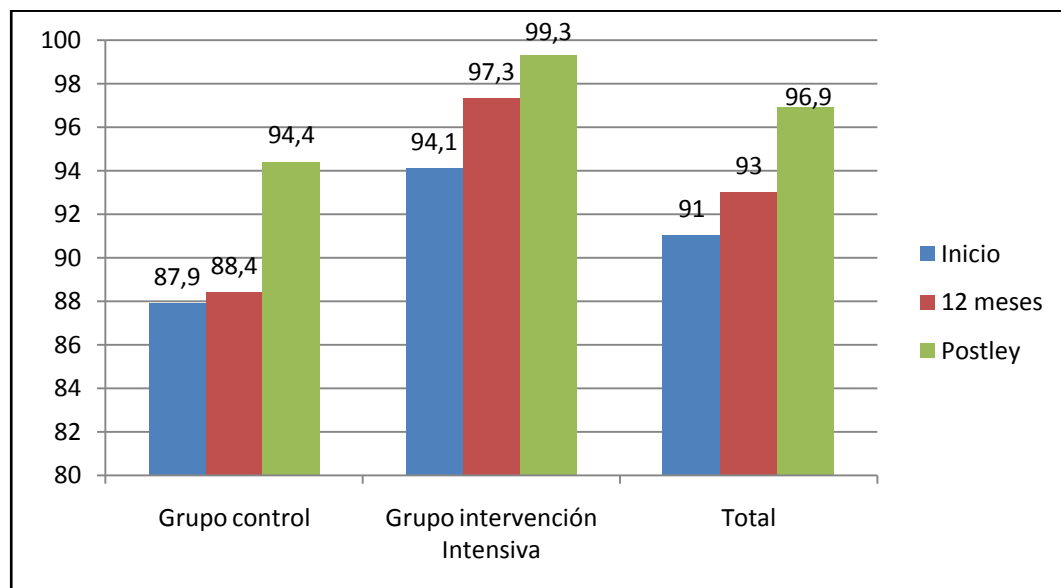


Figura 10. Porcentaje de tutores que consideran al tabaco como droga.

Si se analiza la influencia que en la asociación tabaco-droga tiene el hecho de ser o no fumador, los resultados son los siguientes: lo consideraban droga un 87.6% de los fumadores frente a un 92,8% los no fumadores ($p=0,007$); al año 90,5% frente al 94% ($p=0.068$); y tras las leyes 93,1% vs 98% ($p=0,002$) respectivamente.

No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la consideración del tabaco como droga en función del género: del 89% de los padres y 92,1% de las madres que inicialmente consideraban al tabaco como droga ($p=0,126$), se pasó, a los 12 meses, tras la intervención inicial, al 92,1% de los padres y 93,5% de las madres ($p=0,500$) y al finalizar el estudio, al 95,5% y 97,7% respectivamente ($p=0,121$).

Preguntados si consideran al tabaco como droga por crear dependencia, originar síndrome de abstinencia o por ambas cosas juntas (valoración cualitativa y multifactorial del concepto de droga), el 63,4% de la muestra inicial contestaban que por todo. Este porcentaje se incrementó hasta el 71,1% al año y tras las leyes hasta el 83,1%, siendo mayor el porcentaje en el grupo de intervención intensiva. En la muestra inicial fue del 56,2% en el grupo control y del 70,7% en el de intervención ($p=0,000$), al año de 59,4% en el grupo control y 82% en el de intervención intensiva y tras la entrada en vigor de las leyes de 76,6% y 88,7% respectivamente ($p=0,000$).

Se observa un hecho, que será objeto de análisis en el apartado de la discusión, y es que a diferencia de los que sucedía con la pregunta directa donde los no fumadores consideraban en mayor medida al tabaco como droga, en la respuesta cualitativa son los fumadores quienes más consideraron al tabaco como droga (con las tres características descritas) después de la intervención, antes 58,4 vs 66% ($p<0,05$), al año 72,4 vs 70,5% ($p>0,05$) y tras las leyes con 92,5% vs 80,8% ($p<0,005$) (Figura 11).

Consideraciones sobre el Aire Contaminado con Humo de Tabaco

De todas las intervenciones que el pediatra puede y debe realizar en prevención del tabaquismo, una de especial prioridad, es la prevención del tabaquismo pasivo evitando así que los niños respiren un ambiente con aire contaminado con humo del tabaco (ACHT).

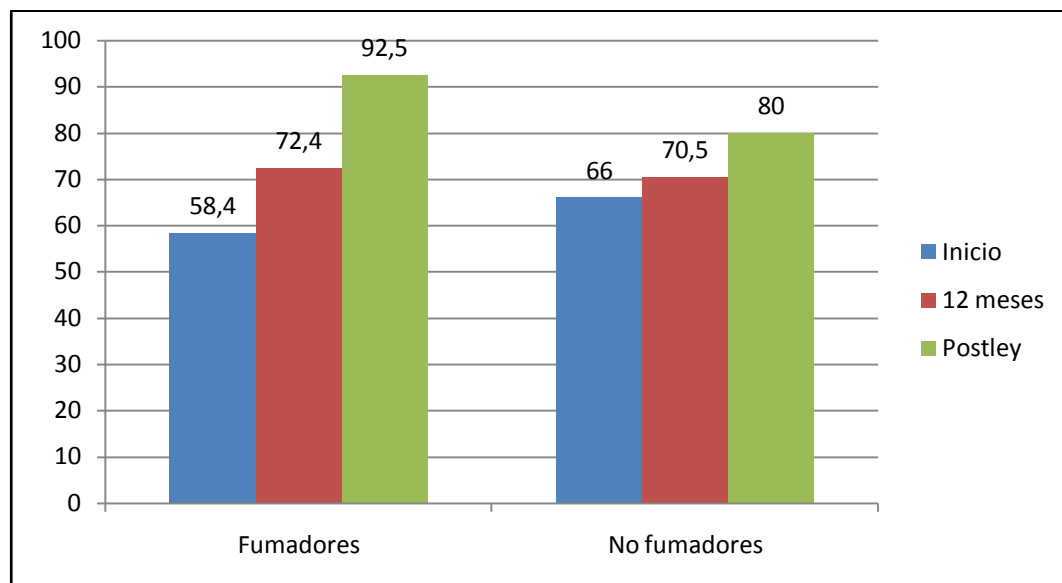


Figura 11. Porcentaje de tutores que consideran al tabaco como droga por crear dependencia y, producir síndrome de abstinencia (ambas circunstancias juntas).

El 78,2% de los tutores encuestados al inicio del estudio consideran el ACHT tan peligroso, o más, que el inhalado, sin diferencias significativas entre los grupos de intervención (Tabla 21 y Figura 12).

Tabla 21. Características de la muestra inicial respecto a la variable opinión sobre el aire ambiental contaminado con humo de tabaco

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE AIRE AMBIENTAL CONTAMINADO CON HUMO DE TABACO (ACHT)			
ACHT	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Menos peligroso	104 (20,6)	95 (18,8)	199 (19,7)
Tan peligroso	389 (76,9)	402 (79,4)	791 (78,2)
No es peligroso	13 (2,6)	9 (1,8)	22 (2,2)
TOTAL	506 (100,0)	506 (100,0)	1012 (100,0)
	p=0,509		

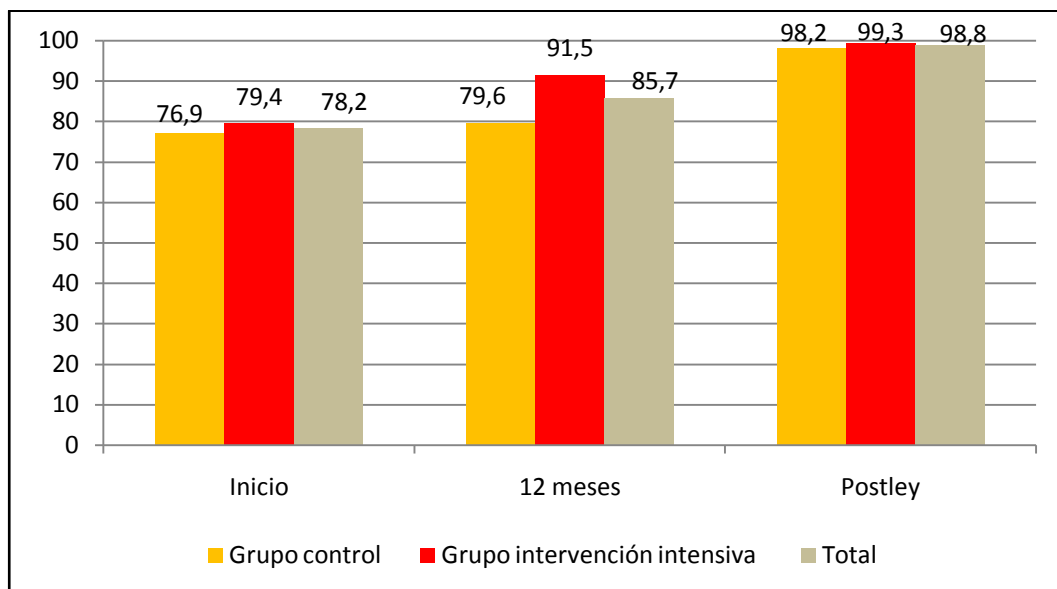


Figura 12. Porcentaje de tutores que consideran al aire contaminado con humo de tabaco tan peligroso para la salud como el humo inhalado.

Al año, tras la intervención inicial, el porcentaje globalmente subió al 85,7% y según los grupos el 79,6% en el control vs 91,5% en el de intervención intensiva ($p=0,000$). Tras la implantación de las leyes las diferencias entre ambos grupos desaparecieron y prácticamente la totalidad de los encuestados lo consideraban peligroso: globalmente el 98,8%, 98,2% el grupo control vs 99,3% el grupo de intervención ($p=0,271$).

La condición de ser o no fumador determina ligeramente, aunque de forma significativa la consideración de peligrosidad del ACHT entre los fumadores y los que no lo son: inicialmente fue del 70,1% en los fumadores vs 82,5% en los no fumadores ($p=0,000$); a los 12 meses en los fumadores fue del 82,6% y del 87% entre los no fumadores ($p=0,191$) y tras la implementación de las leyes fue respectivamente del 96,0% y del 99,5% ($p=0,000$).

Tabaquismo como enfermedad

Que el tabaco es perjudicial para la salud, origina múltiples enfermedades y es catalogado como droga, es universalmente aceptado. Pero otra cuestión diferente es la

consideración del tabaquismo como una enfermedad en sí misma, aspecto éste más controvertido y menos aceptado sobre todo entre los fumadores.

Inicialmente el 96,8% de los encuestados consideran al consumo de tabaco como causa de enfermedades (Tabla 22) sin observar diferencias entre ambos grupos. Tras realizar la intervención inicial, a los 12 meses, el 97,2% considera el consumo de tabaco como origen de enfermedades (96,1% en el grupo control y el 98,1% en el grupo de intervención intensiva; $p=0,095$). Tras la implantación de las dos leyes lo considera el 99,6% de la muestra, sin diferencias entre los dos grupos, 99,7% vs 99,5% respectivamente ($p=0,937$).

Tabla 22. Características de la muestra inicial respecto a la variable ¿es el tabaquismo origen de enfermedades?

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE ¿ES EL TABAQUISMO ORIGEN DE ENFERMEDADES?			
¿Origen de enfermedades?	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Si	490 (96,8)	490 (96,8)	980 (96,8)
No	16 (3,2)	16 (3,2)	32 (3,2)
TOTAL	506 (100,0)	506 (100,0)	1012 (100,0)
	$p=0,857$		

Es necesario conocer si el tabaquismo es considerado como una enfermedad en sí mismo. En ese sentido, únicamente el 59,4% de la muestra inicial consideraba al tabaquismo como una enfermedad (Tabla 23). Tras la intervención el porcentaje se incrementó hasta el 65,1%, pasando del 55,3% inicial al 58,35% en el grupo control y del 63,5% al 71,6% en el de intervención intensiva ($p=0,000$). Tras la instauración de las dos leyes el 74,1% lo consideraban como enfermedad: 65,5% en los controles vs 82,0% en el grupo intervención ($p=0,000$).

Tabla 23. Características de la muestra inicial respecto a la variable ¿considera al tabaquismo como una enfermedad por sí mismo?

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA RESPECTO A LA VARIABLE CONSIDERACION DEL TABAQUISMO COMO ENFERMEDAD			
¿Es un Enfermedad?	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Si es una enfermedad	280 (55,3)	320 (63,5)	600 (59,4)
No es una enfermedad	226 (44,7)	184 (36,5)	410 (40,6)
TOTAL	506 (100,0)	504 (100,0)	1010 (100,0)
	p=0,010		

Un aspecto importante es conocer la opinión de los propios fumadores respecto al tabaquismo como enfermedad. Como se ha visto, en la muestra inicial la consideración global del tabaquismo como enfermedad fue del 59,4% (55,1% de los fumadores vs 61,7% de los no fumadores; $p=0,046$). Al año, tras la intervención esta consideración aumentó ligeramente hasta el 65,1% en el conjunto de la muestra (59,6% entre los fumadores vs 67,4% en los no fumadores; $p=0,025$) y tras las leyes hasta el 74,1% de la muestra (68,2% y 75,7% respectivamente; $p=0,058$). Aunque el porcentaje de percepción del tabaquismo como enfermedad se incrementó en ambos grupos, la percepción siempre fue menor en el grupo de fumadores.

Conocimientos sobre el tabaco

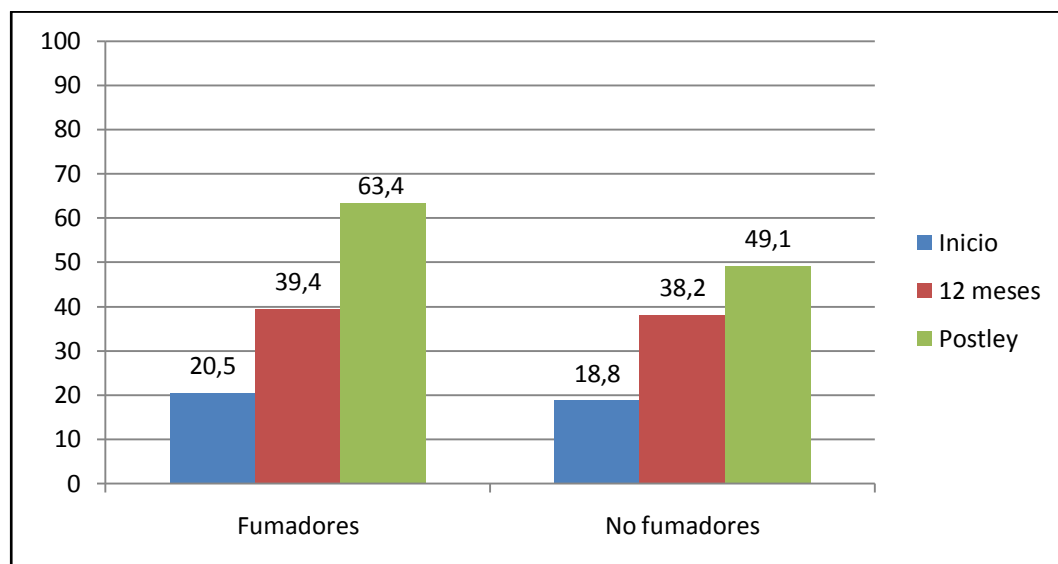
Inicialmente sólo el 19,4% de la muestra afirmaba conocer que el cigarrillo tiene más de 4.000 productos tóxicos (Tabla 24). Este porcentaje se incrementó hasta el 38,6% tras la intervención (pasando en el grupo control del 16,5% al 24,3% y en el intervención intensiva del 22,3% al 52,3%; $p=0,000$) y tras la implantación de las leyes hasta el 56,4% (47,8% grupo control vs 64,3% grupo de intervención intensiva; $p=0,000$). Es llamativo el incremento e conocimientos sobre el tabaco en ambos grupos, pero especialmente en objeto de intervención.

Relacionando esta variable con el hecho de ser o no ser fumador resultaron ser los fumadores quienes más identificaban al cigarrillo como portador de más de 4.000 sustancias tóxicas: Al inicio 20,5% de los fumadores y 18,8% de los no fumadores

Tabla 24. Características de la muestra inicial respecto a la variable, composición del tabaco.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE COMPOSICIÓN DEL TABACO			
COMPUESTOS	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Tres: nicotina, alquitrán y monóxido de carbono	214 (42,5)	199 (40,0)	413 (41,3)
Entre 400-1000 compuesto	207 (41,1)	187 (37,6)	394 (39,4)
Más de 4000 sustancias	83 (16,5)	111 (22,3)	194 (19,4)
TOTAL	504 (100,0)	497 (100,0)	1001 (100,0)
	p=0,062		

($p=0,660$); a los 12 meses el 39,4% de los fumadores y el 38,2% de los no fumadores ($p=0,898$); y tras la entrada en vigor de las leyes los porcentajes fueron respectivamente el 63,4% frente al 49,1% ($p=0,003$) (Figura 13).

**Figura 13.** Porcentaje de tutores que consideran al tabaco como portador de más de 4000 sustancias tóxicas en función de si presentan, o no, la condición de ser fumador.

Solicitud de ayuda para dejar de fumar

Las últimas preguntas de la encuesta hacían referencia a la ayuda para el abandono del tabaco, en concreto, si conocían algún tratamiento específico para dejar de fumar, si consideraban que su médico de Atención Primaria estuviera preparado para ayudarle en ese proceso, y si habían solicitado esta ayuda en alguna ocasión.

Únicamente el 47,5% conocía al inicio de la intervención algún tratamiento específico para dejar de fumar (43,5% en el grupo control vs 51,5% en el grupo de intervención, $p=0,012$). Este porcentaje se incrementó hasta el 56,3% tras la intervención (44,8% en el grupo control vs 67,4% en el grupo de intervención, $p=0,000$); y hasta el 97,8% tras las leyes (97,4% en el grupo control vs 98,1% en el grupo de intervención, $p=0,665$). No se observaron diferencias por el hecho de ser o no fumador: inicialmente el 48,6% entre los fumadores y el 46,9% entre los no fumadores ($p=0,650$), a los 12 meses 59,4% y 55,0% respectivamente ($p=0,388$); y tras la implementación de las leyes el 98,9% de los fumadores y el 97,5% de los no fumadores ($p=0,440$).

Del 67,6% inicial que consideraban a su médico con capacidad para tratar el tabaquismo (68,8% en el grupo control vs 66,4 en el grupo de intervención, $p=0,455$) al año tras la intervención pasó al 73,9% (71,5% en el grupo control vs 76,3% en el grupo de intervención, $p=0,163$); y al 95% (93,6% en el grupo control vs 96,3 en el grupo de intervención, $p=0,112$) tras la instauración de las leyes. En función de la condición de ser o no fumador, el 62,2% de los fumadores de la muestra inicial consideraban a su médico de familia con capacidad para tratar el tabaquismo, frente al 70,5% de los no fumadores ($p=0,008$); a los 12 meses el 69,8% de los fumadores y el 75,7% de los no fumadores ($p=0,121$), y tras la entrada en vigor de las leyes el 83,8% de los fumadores vs el 98,0% de los no fumadores ($p=0,000$).

Este conocimiento se completa con la toma de decisión y petición de ayuda como una forma activa de decidir dejar de fumar. El 86,6% de los fumadores de la muestra inicial no habían solicitado esta ayuda para dejar de fumar, el 88,5% en el grupo control frente al 84,5% del grupo intervención (Tabla 25).

Tabla 25. Características de la muestra inicial respecto a la variable: Si han solicitado ayuda para dejar de fumar

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA INICIAL RESPECTO A LA VARIABLE SI HAN SOLICITADO AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR			
	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
No, nunca he intentado dejar de fumar	62 (19,2)	57 (18,3)	119 (18,8)
No. Lo he hecho por mi cuenta	224 (69,3)	206 (66,2)	430 (67,8)
Sí, al médico	13 (4,0)	24 (7,7)	37 (5,8)
Sí, al profesional de enfermería	5 (1,5)	0 (0,0)	5 (0,8)
Sí, al farmacéutico	4 (1,2)	4 (1,3)	8 (1,3)
Sí, con acupuntura	2 (0,6)	5 (1,6)	7 (1,1)
Con el cigarrillo electrónico	1 (0,3)	2 (0,6)	3 (0,5)
Sí, con otro método	12 (3,7)	13 (4,2)	25 (3,9)
Total	323 (100,0)	311 (100,0)	634 (100,0)
	p=0,153		

Al año un 86,5% seguían sin haber pedido ayuda (86,3% en el grupo control vs 86,7% en el grupo de intervención) y tras la implantación de las leyes el porcentaje disminuyó al 40,9% (36,7% en el grupo control vs 45,1% en el grupo de intervención) (Tabla 26).

Percepción de la eficacia de las Leyes 28/2005 y 42/2010

A continuación se presentan los resultados más directamente relacionados con los cambios de legislación producidos en España en los últimos años, **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 y **Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010 que la modifica**, y la consideración que éstas merecen a los tutores que acudieron a la consulta de pediatría. Los resultados que se presentan son exclusivamente sobre la muestra final, ya que la entrada en vigor de dichas leyes fue posterior a los dos cortes previos.

Tabla 26. Resultados a los 12 meses y post-leyes respecto a la variable: Si han solicitado ayuda para dejar de fumar

RESULTADOS A LOS 12 MESES Y POSTLEY RESPECTO A LA VARIABLE SI HAN SOLICITADO AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR						
AYUDA	12 meses			Postley		
	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
No, nunca he intentado dejar de fumar	37 (12,9)	50 (18,0)	87 (15,4)	5 (2,1)	7 (3,0)	12 (2,6)
No. Lo he hecho por mi cuenta	210 (73,4)	191 (68,7)	401 (71,1)	81 (34,6)	98 (42,1)	179 (38,3)
Sí, al médico	15 (5,2)	17 (6,1)	32 (5,7)	97 (41,5)	80 (34,3)	177 (37,9)
Sí, al profesional de enfermería	6 (2,1)	3 (1,1)	9 (1,6)	21 (9,0)	18 (7,7)	39 (8,4)
Sí, al farmacéutico	8 (2,8)	2 (0,7)	10 (1,8)	12 (5,1)	8 (3,4)	20 (4,3)
Sí, con acupuntura	2 (0,7)	2 (0,7)	4 (0,7)	0 (0,0)	3 (1,3)	3 (0,6)
Con el cigarrillo electrónico	1 (0,3)	3 (1,1)	4 (0,7)	13 (5,6)	17 (7,3)	30 (6,4)
Sí, con otro método	7 (2,4)	10 (3,6)	17 (3,0)	5 (2,1)	2 (0,9)	7 (1,5)
Total	286 (100,0)	278 (100,0)	564 (100,0)	234 (100,0)	233 (100,0)	467 (100,0)
	p=0,243			p=0,233		

Eficacia en la prevención del tabaquismo

El 84,9% de los encuestados piensan que las leyes han tenido cierta eficacia en la prevención del tabaquismo sin diferencias en función del grupo del estudio en el que hubieran estado incluidos (83,9% en el grupo control vs 85,7% grupo intervención; $p=0,529$) (Tabla 27). Sin embargo, sí se observan diferencias en función de si eran fumadores o no: el 79,8% de los que al inicio del estudio eran fumadores manifestaban que las leyes eran eficaces para la prevención del tabaquismo frente a al 87,2% de los no fumadores ($p<0,05$) (Tabla 27).

Tabla 27. Percepción de la eficacia preventiva de las leyes en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores en la muestra final del estudio.

PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA PREVENTIVA DE LAS LEYES EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICION DE SER FUMADOR					
¿Han servido las leyes de algo en la prevención del tabaquismo?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Si	328 (83,9)	367 (85,7)	205 (79,8)	491 (87,2)	696 (84,9)
No	63 (16,1)	61 (14,3)	52 (20,2)	72 (12,8)	124 (15,1)
TOTAL	391 (100,0)	428 (100,0)	257 (100,0)	563 (100,0)	820 (100)
	p=0,529		p=0,007		

En este sentido, el 72,4% de los sujetos que tras la implantación de las leyes continuaba fumando pensaba que las leyes habían sido eficaces mientras que entre los no fumadores el porcentaje fue del 88,2% ($p=0,000$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la pertenencia a un grupo u otro de intervención: el 75% de los sujetos pertenecientes al grupo control pensaban que las leyes habían sido eficaces, y al 69,8% del grupo de intervención intensiva ($p=0,546$). Entre los que no fumaban tras la implementación de las leyes los porcentajes respectivos fueron el 86,5% en el grupo control vs 89,8% en el grupo de intervención respectivamente ($p=0,240$).

Eficacia en la disminución de la prevalencia

En relación a la eficacia de las leyes respecto a la disminución de la prevalencia del tabaquismo, el 86,8% de los encuestados no creen que las modificaciones legales hayan servido para disminuir dicha prevalencia. Es el grupo de los fumadores el más reacio a

considerar eficaz la legislación en este aspecto (94,3% frente a 84,8% de los no fumadores) con diferencia estadísticamente significativa (Tabla 28).

Tabla 28. Percepción de la eficacia de la leyes en relación a la prevalencia del tabaquismo, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.

PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DE LAS LEYES (DISMINUCIÓN DE LA PREVALENCIA) EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICIÓN DE SER FUMADOR					
¿Han servido las leyes para disminuir la prevalencia del tabaquismo?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Si	50 (12,8)	58 (13,6)	10 (5,7)	98 (15,2)	108 (13,2)
No	341 (87,2)	370 (86,4)	164 (94,3)	547 (84,8)	711 (86,8)
TOTAL	391 (100,0)	428 (100,0)	174 (100,0)	645 (100,0)	819 (100,0)
	p=0,413		p=0,000		

Eficacia en protección de la salud

Otro de los objetivos fundamentales del estudio era conocer en qué medida los tutores consideraban que las nuevas leyes protegían a la población de la exposición pasiva al humo del tabaco y, más concretamente, si protegían la salud de sus hijos

En este sentido se les preguntó si creían que las leyes antitabaco protegían la salud de su hijo. El 73,4% de los encuestados respondieron negativamente, existiendo claras diferencias entre los fumadores y los que no lo eran: 50% vs 79,7% (p=0,000). Al analizar los resultados por grupos de intervención los tutores del grupo control creían que las leyes protegen la salud de sus hijos en menor medida (23% vs 29,9%) que los del grupo de intervención intensiva (p=0,031) (Tabla 29).

Eficacia en la prevención del inicio al consumo en los hijos

Resultados similares se observan al valor que se le da a la nueva legislación en lo referente a la ayuda para prevenir el inicio al consumo de tabaco de los hijos. El 94% de

los tutores pensaba que no ayuda a retrasar el inicio al consumo y tampoco en esta situación se aprecian diferencias entre los grupos control y de intervención (94,6% vs 93,5%) ($p>0,05$), ni entre fumadores y no fumadores (94,8% vs 93,8%) (Tabla 30).

Tabla 29. Percepción de la eficacia de las leyes en relación a la protección de la salud de los hijos, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.

PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DE LAS LEYES EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS HIJOS, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICIÓN DE SER FUMADOR					
¿Protegen las leyes la salud de sus hijos?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Si	90 (23,0)	128 (29,9)	87 (50,0)	131 (20,3)	218 (26,6)
No	301 (77,0)	300 (70,1)	87 (50,0)	514 (79,7)	601 (73,4)
TOTAL	391 (100,0)	428 (100,0)	174 (100,0)	645 (100,0)	819 (100,0)
	p=0,031		p=0,000		

Tabla 30. Percepción de la eficacia de las leyes en relación a la prevención del inicio al consumo de tabaco de los hijos, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.

PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DE LAS LEYES EN LA PREVENCIÓN DEL INICIO AL CONSUMO DE TABACO DE LOS HIJOS, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICIÓN DE SER FUMADOR					
¿Previenen el inicio al consumo?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Si	21 (5,4)	28 (6,5)	9 (5,2)	40 (6,2)	49 (6,0)
No	370 (94,6)	400 (93,5)	165 (94,8)	605 (93,8)	770 (94,0)
TOTAL	391 (100,0)	428 (100,0)	174 (100,0)	645 (100,0)	819 (100,0)
	p=0,576		p= 0,743		

Eficacia en la protección a la exposición al humo del tabaco

Uno de los objetivos de ambas leyes es la protección del no fumador y el derecho que tiene éste a respirar un aire libre de humo de tabaco. Se preguntó a los tutores si creían

que la legislación actual previene de la exposición ambiental de humo de tabaco a sus hijos: el 91,5% de los tutores encuestados creían que sí, con un porcentaje significativamente más elevado en el grupo de intervención (89% grupo control vs 93,7% grupo de intervención; $p=0,026$). En función de la condición de ser fumador los porcentajes fueron del 89,1% en fumadores vs 92,1% no fumadores ($p=0,09$) (Tabla 31).

Tabla 31. Percepción de la eficacia de la leyes en relación a la protección de la exposición ambiental al humo de tabaco de los hijos, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.

PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DE LAS LEYES EN LA PROTECCIÓN A LA EXPOSICIÓN DEL AIRECONTAMINADO CON HUMO DE TABACO (AHT) DE LOS HIJOS, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICIÓN DE SER FUMADOR					
¿Protegen del AHT a sus hijos?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Si	348 (89,0)	401 (93,7)	155 (89,1)	594 (92,1)	749 (91,5)
No	43 (11,0)	27 (6,3)	19 (10,9)	51 (7,9)	70 (8,5)
TOTAL	391 (100,0)	428 (100,0)	174 (100,0)	645 (100,0)	819 (100,0)
	$p=0,026$		$p=0,090$		

Factores implicados en el inicio al consumo

La ponderación de las medidas legislativas respecto a los otros factores que influyen en el inicio al consumo de tabaco se expone a continuación. En este sentido la percepción que tienen los tutores encuestados tampoco ha cambiado mucho respecto a lo que tenían antes de la implementación de las leyes: el 57,6% sigue pensando que lo que más influye en la prevención en el inicio al consumo es el círculo de amigos y el entorno familiar en un 31,5% y a mucha distancia la educación en el colegio con un 9,5% y las leyes con un 1,3%, sin observarse diferencias por grupos de intervención, ni tampoco entre fumadores y no fumadores (Tabla 32 y Figura 14). Es decir, la percepción de la eficacia de las leyes a este respecto es muy pobre en ambos grupos.

Tabla 32. Percepción de la eficacia de las leyes en relación a la prevención en el inicio del consumo de tabaco, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO AL CONSUMO DE TABACO DE LOS JOVENES, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICIÓN DE SER FUMADOR					
¿Factores inicio al consumo de tabaco?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Las leyes antitabaco	6 (1,5)	5 (1,2)	2 (1,1)	9 (1,4)	11 (1,3)
La educación en el colegio	36 (9,2)	42 (9,8)	14 (8,0)	64 (9,9)	78 (9,5)
El entorno familiar	138 (35,3)	120 (28,1)	67 (38,5)	191 (29,7)	258 (31,5)
El entorno de amigos	211 (54,0)	260 (60,9)	91 (52,3)	380 (59,0)	471 (57,6)
TOTAL	391 (100,0)	427 (100,0)	174 (100,0)	644 (100,0)	818 (100,0)
	p=0,149		p=0,168		

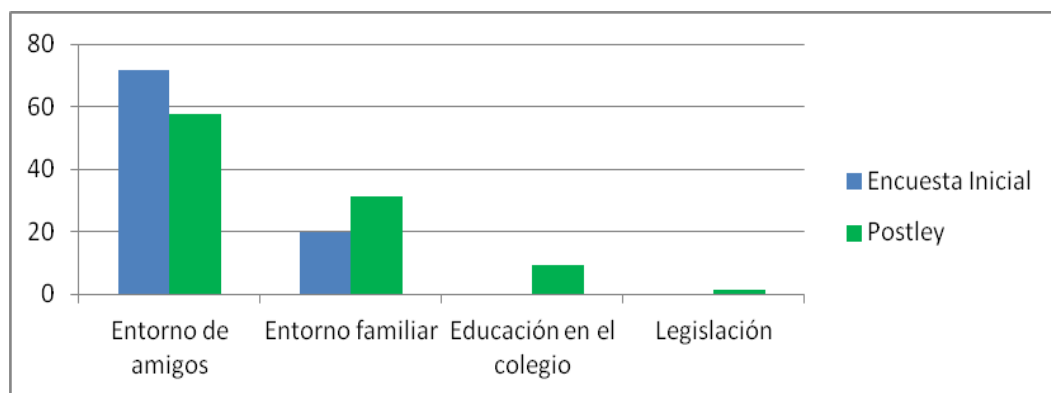


Figura 14. Importancia de la legislación como factor en la prevención al inicio del consumo de tabaco

Actitud ante el tabaco

Pensamos que un aspecto fundamental en la valoración de la eficacia de la legislación es ver si ésta comporta un cambio de actitud en la población.

Los tutores, prácticamente en su totalidad (98,2%) piensan que los fumadores sí han cambiado su actitud; sin observarse diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los grupos

(98,2 grupo control vs 98,1% grupo intervención) ni según la condición de fumador (99,4% en fumadores y 97,8% en no fumadores) (Tabla 33).

Tabla 33. Percepción del cambio de actitud de los fumadores frente al consumo de tabaco, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.

CAMBIO DE ACTITUD DE LOS FUMADORES FRENTE AL CONSUMO DE TABACO, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICION DE SER FUMADOR					
¿Han cambiado los fumadores su actitud?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Si	384 (98,2)	420 (98,1)	173 (99,4)	631 (97,8)	804 (98,2)
No	7 (1,8)	8 (1,9)	1 (0,6)	14 (2,2)	15 (1,8)
TOTAL	391 (100,0)	428 (100,0)	174 (100,0)	645 (100,0)	819 (100,0)
	p=0,859		p=0,282		

Este cambio de actitud se materializa en varios aspectos:

- El 96,6% de los fumadores afirmaban haber cambiado su actitud frente al consumo de tabaco.
- El 25% señala que gracias a las leyes ha reducido el consumo.
- El 67,9% a ser más respetuosos con los no fumadores.
- Ningún fumador manifiesta que las leyes le hayan ayudado en el proceso de abandono o a mantenerse sin fumar.
- El 91,9% contesta que la relación entre fumadores y no fumadores no ha sufrido variaciones, y un 7,4% piensa que ha influido favorablemente.

No observándose diferencias en función de los grupos de intervención en ninguno de los aspectos comentados.

Por último, en lo que a legislación hace referencia, se preguntó si estarían de acuerdo o no con una probable derogación de la ley, dada la polémica que se produjo en algunos momentos del recorrido inicial de la Ley 42/2010. La respuesta mayoritaria (97,7%) de los encuestados fue negativa. Sin embargo es de destacar la diferencia significativa

encontrada respecto a ser o no fumador. Se encontró un 9,2% de los fumadores que estarían a favor de la derogación frente a solo un 0,5% de los no fumadores ($p < 0,001$) (Tabla 34).

Tabla 34. Postura ante una probable derogación de la legislación actual frente a la prevención del tabaquismo, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.

POSTURA ANTE LA DEROGACIÓN DE LA LEGISLACIÓN ACTUAL, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICIÓN DE SER FUMADOR					
¿Está de acuerdo con la derogación de las leyes?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Si	11 (2,8)	8 (1,9)	16 (9,2)	3 (0,5)	19 (2,3)
No	380 (97,2)	420 (98,1)	158 (90,8)	642 (99,5)	800 (97,7)
TOTAL	391 (100,0)	428 (100,0)	174 (100,0)	645 (100,0)	819 (100,0)
	p=0,506		p= 0,000		

Cumplimiento de la legislación

Otro aspecto relevante es la percepción acerca de si se cumple o no la Ley 42/2010. En este sentido el 80,3% de la muestra final piensa que sí. La percepción es algo menor entre los no fumadores aunque no llega a ser significativa (82,2% de los fumadores frente a al 79,8% de los no fumadores; $p=0,560$). Tampoco se apreciaron diferencias en la percepción en función de los grupos establecidos (80,1% en el grupo control vs 80,6% en el de intervención, $p=0,910$)

Influencia de la crisis económica

La situación de crisis económica por la que ha pasado el país en estos últimos años ha podido convertirse en un factor añadido en la modificación de los hábitos de consumo. Preguntados a tal respecto, destaca la valoración de los propios fumadores.

El 33,1% de los encuestados creían que la crisis si ha cambiado la actitud de los fumadores en general, mostrándose una diferencia estadísticamente significativa entre

los grupos fumador/ no fumador (63,2% de los fumadores frente al 25% de los no fumadores) ($p=0,000$) (Tabla 35).

Tabla 35. Influencia de la crisis económica en la actitud de los fumadores, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.

INFLUENCIA DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA ACTITUD DE LOS FUMADORES, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICION DE SER FUMADOR					
¿Ha influido la crisis en los fumadores?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Si	133 (34,0)	138 (32,2)	110 (63,2)	161 (25,0)	271 (33,1)
No	258 (66,0)	290 (67,8)	64 (36,8)	484 (75,0)	548 (66,9)
TOTAL	391 (100,0)	428 (100,0)	174 (100,0)	645 (100,0)	819 (100,0)
	p=0,642		p= 0,000		

De los que 174 sujetos que al final del estudio seguían siendo fumadores el 62,1% manifestaban que la crisis económica ha modificado su actitud frente al consumo de tabaco, circunstancia que no varía en función del grupo, es decir que se produce tanto en el grupo control como en el de intervención (60,2% y 64,0% respectivamente) ($p=0,726$).

El 6% de los fumadores que reconocían haber dejado de fumar recientemente declaraban haberlo dejado por el coste económico que supone, y un 26,6% de los fumadores se lo había planteado. Por el contrario a un 64,7% no le había influido y un 2,7% opinaba que habían vuelto a fumar precisamente por los problemas relacionados con la crisis (Tabla 36).

Al comparar los efectos de la crisis con los de la legislación, de los 230 tutores que se declaraban fumadores antes de la instauración de la Ley del año 2005, 57 (8,8%), ya no fumaban tras la instauración de las dos leyes y de ellos el 15,8% lo atribuían a la ley, y el 17,5% a la crisis económica.

Tabla 36. ¿Cómo ha influido la crisis económica en la actitud de los fumadores?, en función del grupo de intervención y de que los tutores fueran o no fumadores, tras la implementación de las leyes.

CÓMO HA INFLUIDO LA CRISIS ECONÓMICA EN LA ACTITUD DE LOS FUMADORES, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN Y DE LA CONDICION DE SER FUMADOR					
¿Cómo ha influido la crisis en los fumadores?	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	TOTAL n (%)
Han dejado de fumar por el coste económico	4 (4,4)	7 (7,5)	0 (0,0)	11 (100,0)	11 (6,0)
Se han planteado dejar de fumar	27 (29,7)	22 (23,7)	49 (28,3)	0 (0,0)	49 (26,6)
No le ha influido, siguen fumando igual.	57 (62,6)	62 (66,7)	119 (68,8)	0 (0,0)	119 (64,7)
Han vuelto a fumar por problemas de la crisis	3 (3,3)	2 (2,2)	5 (2,9)	0 (0,0)	5 (2,7)
TOTAL	91 (100,0)	93 (100,0)	173 (100,0)	11 (100,0)	184 (100,0)
	p=0,633		p= 0,000		

Implicación de los centros de enseñanza

La esfera educativa es otro de los ámbitos que debe asumir cierta responsabilidad en materia de prevención del tabaquismo. A tal respecto, se preguntó a los tutores si su hijo había comentado en algún momento haber recibido información en el colegio de aspectos relacionados con la prevención del consumo de tabaco.

El 70,7% de los tutores responden afirmativamente, un 11,1% respondieron no y un 18,2% no lo recuerdan, sin diferencias por grupo de intervención (Tabla 37).

Como se aprecia en la Tabla 37 no existen diferencias estadísticamente significativas, en la apreciación de los tutores del abordaje del tabaquismo en el medio escolar, por grupo de intervención.

Tabla 37. Percepción del abordaje del tabaquismo en el colegio.

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL MEDIO ESCOLAR			
¿Le ha comentado su hijo si han hablado del tabaquismo en el colegio?	Grupo Control n (%)	Grupo Intensivo n (%)	Total n (%)
Si	271 (69,3)	308 (72,0)	579 (70,7)
No	48 (12,3)	43 (10,0)	91 (11,1)
No lo recuerdan	72 (18,4)	77 (18,0)	149 (18,2)
Total	391 (100,0)	428 (100,0)	819 (100,0)
	p=0,566		

Tampoco en función de la condición de ser o no fumador. El 71,2% de los fumadores reconocen que sus hijos les han comentado que si se ha hablado del tabaquismo en el colegio frente al 70,5% de los no fumadores, un 11,1% manifiestan que no (10,9% de los fumadores vs 11,2% de los no fumadores) y no lo recuerdan un 18,2% (17,9% vs 18,3% respectivamente) ($p=0,976$).

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Ante un problema de salud, cuyas consecuencias se extienden a toda la población, ningún profesional sanitario debe eximirse de su responsabilidad. El tabaquismo, como problema de salud pública, es responsable de múltiples enfermedades y el consumo de tabaco está relacionado con patología tumoral de múltiples sistemas²⁴ (90% de los cánceres de pulmón o el 50% de los cánceres de vejiga, por citar algunos). En España es el responsable de más de 53.000 muertes anuales¹²³. Sólo hay una solución: cambiar de estrategia.

La resistencia al cambio conduce a la extinción y la adaptación a la supervivencia, la provisión de los cambios permite el desarrollo, y protagonizar los cambios proporciona liderazgo¹²⁴. Máximas empresariales que son perfectamente trasladables al quehacer político, social y sanitario. La inercia y abstención terapéutica, con frecuencia un lastre en la actividad de los profesionales sanitarios, tiene, en ocasiones, graves e importantes consecuencias en la población.

En un inicio el abordaje del tabaquismo fue asumido casi exclusivamente por los neumólogos. Hoy ya no es así. Todos los profesionales sanitarios se tienen que involucrar, al igual que la misma sociedad y, por supuesto, el poder legislativo. El tratamiento del tabaquismo consiste en un abordaje multidisciplinar y la prevención es un pilar fundamental para aumentar la eficacia en el control del mismo y todos los profesionales sanitarios deben intervenir para disminuir la prevalencia de fumadores. Los pediatras juegan un papel esencial al respecto.

En la actualidad ya no se considera una competencia exclusiva de una u otra especialidad, ni siquiera una responsabilidad médica o sanitaria. En este sentido los pediatras, dentro de sus actividades de prevención y promoción de la salud han asumido la prevención del tabaquismo como parte de los consejos que deben ofrecer en las revisiones de salud protocolizadas con el objeto de prevenir el tabaquismo pasivo y el inicio del consumo de tabaco en niños y adolescentes^{110, 125, 126}. Y además, hay que tener presente que los niños suelen acudir a la consulta acompañados de un adulto, que en las etapas iniciales suelen ser el padre, la madre, o ambos.

Hasta el momento, los principales organismos científicos dedicados a la prevención del tabaquismo reconocían tan sólo la utilidad del consejo breve dirigido a adultos^{127, 128} y este puede ser ofrecido tanto en la consulta de Medicina de Familia como también en la de Pediatría.

La implicación pasada y actual de los pediatras en lo que a la prevención del tabaquismo se refiere, en una gran mayoría, no tiene en cuenta el elevado número de adultos susceptibles que pasan por sus consultas, principalmente madres, a menudo gestantes y también padres de niños. Esto supone una pérdida de oportunidades de prevención para los tutores y para los propios niños que se convierten en fumadores pasivos en multitud de situaciones cotidianas: en el domicilio o incluso en los vehículos particulares. Esta circunstancia debería ser tenida en cuenta para extender la legislación de prohibición de fumar en transportes públicos, a los vehículos privados en presencia de niños¹²⁹⁻¹³¹.

Conscientes de que las medidas sanitarias por sí sola no son suficientes para controlar esta epidemia, las sociedades científicas han instado a las autoridades gubernamentales correspondientes a tomar las medidas legislativas oportunas que apoyen y refuercen las actuaciones sanitarias en la prevención del tabaquismo. Legislación que se ha ido modificando, una vez constatado el hecho de que las medidas adoptadas inicialmente no estaban siendo totalmente válidas para prevenir los riesgos del uso del tabaco; como puede ser el derecho que tiene todo trabajador a respirar un ambiente libre de la contaminación del humo del tabaco en su lugar de trabajo^{132, 133}.

Dichas medidas legislativas se han mostrado eficaces en lo que respecta a la exposición al humo de tabaco¹³⁴⁻¹³⁶, pero a todas luces insuficientes, en cuanto al control global de este problema, a tenor de las últimas encuestas nacionales sobre consumo de drogas, donde parece repuntar el consumo de tabaco⁶⁹.

Aunque los resultados no sean llamativos, las intervenciones breves en tabaquismo, dada la elevada prevalencia existente, tiene beneficios poblacionales dignos de tener en cuenta; y cuando a la intervención breve se añade alguna otra actuación mejoran los resultados^{137, 138}.

Si no se dejan pasar las numerosas oportunidades que los fumadores tienen de ser ayudados por profesionales sanitarios para intentar dejar de fumar, los resultados

pueden cambiar. Por otra parte, se deben tener presente las situaciones de especial vulnerabilidad de cara a individualizar la intervención y mejorar su eficacia¹³⁹.

La consulta de pediatría reúne todas esas circunstancias: amplia cobertura poblacional, no sólo se ven a los niños, también se “habla y aconseja” a los padres y madres que acuden a ella; especial vulnerabilidad, en múltiples ocasiones se está ante mujeres gestantes, en otras ante adultos preocupados por la salud y bienestar de sus niños; posibilidad de programar visitas de revisión a corto y medio plazo, lo que además permite valorar la eficacia de las intervenciones. Por todo ello, intensificar las actuaciones en prevención de tabaquismo puede tener sentido^{138,140}, en aras de conseguir mejores resultados.

Comentarios relativos a la muestra objeto de estudio

Antes de pasar a comentar e interpretar los resultados obtenidos es necesario realizar algunas matizaciones que ayuden a una mejor comprensión de los mismos.

En primer lugar, decir que se trata de un estudio multicéntrico en el que cada pediatra participante completó su propia base de datos, las cuales fueron unificadas posteriormente. Se programaron reuniones previas con el objetivo de unificar los criterios para rellenar las encuestas, sin embargo hubo algunas diferencias que dificultaron el análisis de los datos.

Por las características del estudio y el tiempo transcurrido entre el inicio y el final del mismo, hubo un 19,2% de casos perdidos que de forma significativa fueron más numerosos en el grupo control, 22,7% frente a 15,6% en el grupo de intervención intensiva (Tabla 8). La mayoría de estos casos perdidos fue debida a la falta de localización telefónica (números telefónicos erróneos y falta de respuesta a pesar los intentos realizados); situación que podría estar justificada por el hecho de que el grupo de intervención intensiva se benefició de más revisiones y una mayor relación con el profesional sanitario, por lo cual se dispuso de más ocasiones para corregir los posibles errores en los datos personales.

Por otra parte, la situación laboral eventual de los profesionales, que en un principio fue un denominador común en todas los centros participantes, motivaron las dos

circunstancias ya comentadas: la pérdida de una consulta al inicio del estudio quedando nueve participantes y, en segundo lugar, por el cambio de destino de la mayoría de los pediatras participantes, se consideró oportuno que la encuesta telefónica final fuera realizada por una única persona en nombre de todos ellos.

Esta última situación, unido a la duración encuesta telefónica, originó algunas dificultades en las llamadas; aunque gracias a la buena disposición de los tutores encuestados se ha podido concluir el presente trabajo. Por ello, desde aquí queremos mostrarles expresamente nuestro agradecimiento.

Tabaquismo pasivo y prevalencia.

Las leyes 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 y 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, se han mostrado eficaces tanto en la prevención de la exposición al humo de tabaco, como en la reducción de la prevalencia entre la población trabajadora.

Respecto a la exposición global al aire contaminado por humo de tabaco (ACHT), la reducción observada tras la puesta en marcha de la primera ley antitabaco, se pone de manifiesto en el estudio realizado por un grupo de trabajo del Área de Tabaquismo de la SEPAR durante los años 2005-2007. Se halló un 22% de reducción a la exposición, es decir, ésta había decrecido del 49,5% en el año 2005 ("pre-ley") hasta un 38% en el año 2007 (un año después de implantada dicha ley). No obstante, considerada de forma específica, la exposición al ACHT en bares y restaurantes solo se redujo un 8% entre estos 2 años (Tabla 38)^{136, 141, 142}.

Este aspecto cambió radicalmente tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010. Los niveles de humo ambiental de tabaco en el interior de los locales de hostelería se redujeron en un 90,88%¹⁴³; eficacia que se puede valorar junto a otras medidas indirectas del consumo de tabaco (Figuras 15 y 16)⁶³.

Tabla 38. Cambios en la exposición al humo del tabaco entre 2005 y 2007. Fuente: Jiménez-Ruiz CA, et al. Study of impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain¹³⁶.

CAMBIOS EN LA EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO ENTRE 2005 Y 2007 TRAS LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LEY 28/2005			
Lugar de exposición	Año 2005	Año 2007	Reducción
Hogar	29.5%	21.4%	27%
Escuela	17.8%	8.8%	49.8%
Lugar de trabajo	25.8%	11%	58%
Lugares recreativos	37.4%	31.8%	14.7%
Toral	49.5%	37.8%	22%

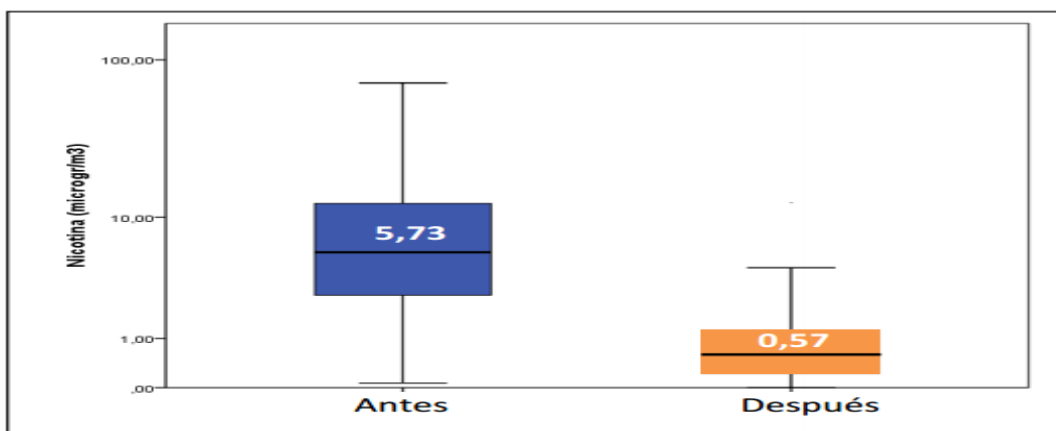


Figura 15. Diagrama de cajas de la distribución de nicotina ambiental, antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010. Fuente: Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010.

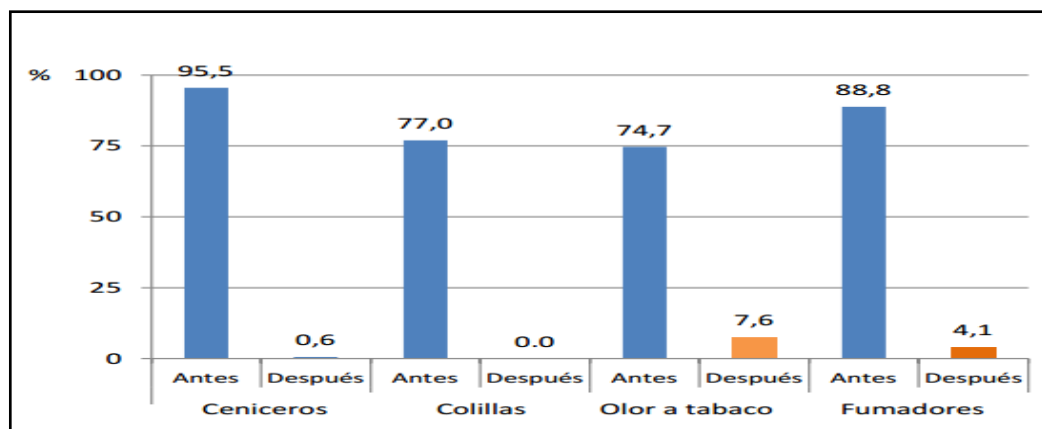


Figura 16. Porcentaje de locales con signos de consumo de tabaco, antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010. Fuente: Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010.

La prevalencia también ha mostrado una tendencia descendente desde los años previos a la entrada en vigor de la Ley 42/2010. Citando un trabajo en el que se analizaba una muestra de trabajadores, antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010, se apreció un descenso de fumadores del 5% (del 40,3% al 35,3%) a lo largo del periodo de estudio ($p < 0,001$), observándose también un descenso en el consumo diario, de forma que el grupo de fumadores con menor consumo diario (<10 cigarrillos) se convirtió en el más frecuente ($p < 0,001$) (Figura 17) ¹³⁵.

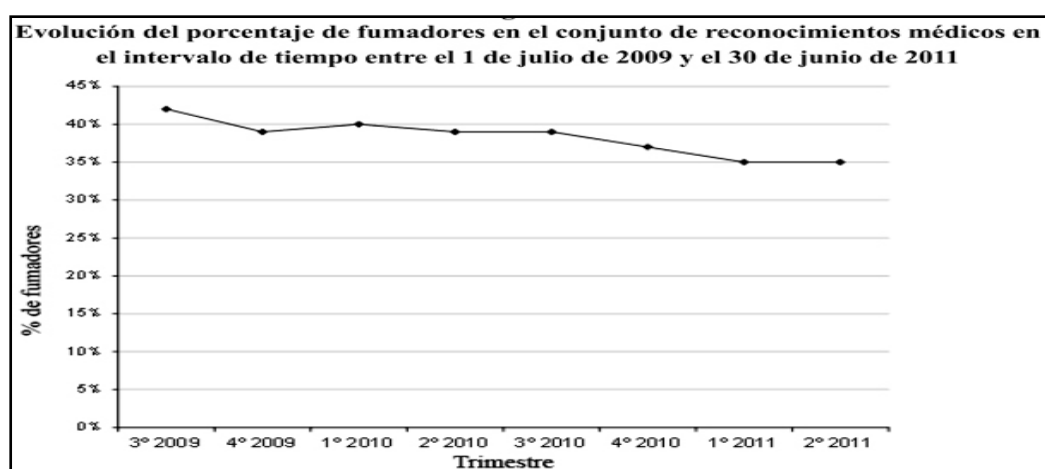


Figura 17. Eficacia Ley 42/2010. Fuente: Catalina C, et al. ¹³⁵

Pero, este efecto a corto plazo, ¿se mantiene en el tiempo? Los datos de la ENS del 2012 podrían inducir a una respuesta positiva⁶⁴, pero hay que considerar que se están valorando los resultados prácticamente en un mismo periodo de tiempo. A más largo plazo, disponemos de la última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2013), del Plan Nacional de Drogas, en la cual no parece mantenerse la tendencia a la baja en el número de fumadores de las últimas ENS sino que por el contrario se muestra un repunte en la prevalencia del tabaquismo de medio punto, como ha quedado reflejado en la Figura 5⁶⁹.

Si comparamos los datos de estos trabajos con los resultados obtenidos en el nuestro, las cifras difieren considerablemente.

De entrada la prevalencia observada de tutores fumadores al inicio del estudio fue del 35,1%, cuando la prevalencia nacional en 2006 era del 29,5%⁷⁷. Diferencia para la que

no encontramos explicación alguna, salvo quizás la edad, como tampoco para la diferencia existente entre ambos grupos: en el grupo control, en el que, recordemos, la intervención consistía en el consejo que habitualmente viniese realizando el pediatra, fue del 32,2% y en el de intervención intensiva del 38,1% ($p=0,003$).

En la primera fase de nuestro estudio, al estudiar la disminución de la prevalencia a los 12 meses, es decir, tras la intervención, se halló una reducción global de la misma que se situó en un 30,5% (30,0% en control y 30,9% en intervención intensiva con $p=0,802$). Analizando los datos de forma independiente en cada grupo, el grupo control no mostró diferencias significativamente estadísticas entre la prevalencia inicial de 32,2% ó 30,2% considerando sólo los 477 casos de los que se disponía la misma información, frente al 30,0% observada a los 12 meses. Mientras, en el grupo intervención se apreció un descenso significativo de 7,2% del 38,1% inicial al 30,9% a los 12 meses (LC 95% 1,2-12,9) ($p=0,019$). En el caso de considerar sólo a los 485 casos con la misma información, el descenso fue de 4,3% significativamente mayor al 0,2% del grupo control. Resultados que junto al hecho de que se perdiera la diferencia estadística inicial entre las prevalencias de ambos grupos (Tablas 8 y 9), apoya la mayor eficacia de la intervención intensiva frente a la información ofrecida de forma habitual.

En la segunda fase del estudio, tras la entrada en vigor de las leyes, el descenso de la prevalencia fue del 21,2%: 22,5% en el grupo control, 9,7% menos respecto al comienzo del estudio (LC 95% 3,8-15,4); y 20,1% en el de intervención, 18% menor respecto a la muestra inicial (LC 95% 12,2-23,5) . Resultados que hay que valorar en su justa medida ya que la pregunta se formuló como “¿fuma o no fuma?”, y no como “¿ha fumado en los últimos 12 meses?” (Figura 18).

En resumen, la prevalencia disminuyó a lo largo del estudio (35,1% al inicio, 30,5% a los doce meses y 21,2% post-leyes) de forma global y tanto en varones como en mujeres. La disminución fue más marcada en el grupo de intervención, y también en el periodo post-ley (18%, respecto al 7,1% observado a los 12 meses), lo cual, como se ha sugerido podría deberse a la suma de los efectos sanitario y legislativo.

Circunstancia que se ve reflejada al analizar el progreso de abandono de tabaco de los que al inicio del estudio eran fumadores y ver cómo tras la entrada en vigor las leyes el porcentaje de los que progresaron de fase y se encontraban en fase de acción y

mantenimiento fue significativamente mayor en el grupo de intervención, 41,4% vs al 26,7% en el grupo control ($p=0,038$).

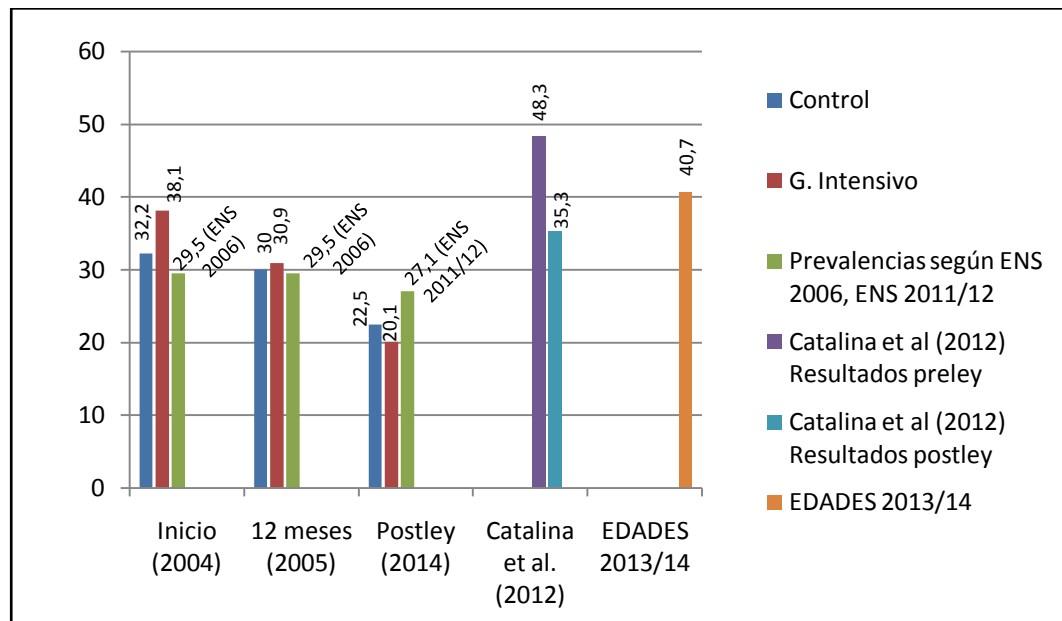


Figura 18. Prevalencia de tabaquismo observada y la esperada según encuestas estatales y estudios observacionales.

Las intervenciones sanitarias son eficaces, pero la legislación ofrece un respaldo para los fumadores “indecisos” o “no convencidos”, que ante la presión social y las prohibiciones concretas, deciden intentar dejar de fumar. En todo caso, el efecto sinérgico de ambas intervenciones (sanitaria y legislativa), se muestra claramente.

En otro orden de cosas, la legislación ha demostrado su eficacia en la prevención a la exposición del ACHT en los lugares públicos y de trabajo^{141, 143}, pero ¿se extiende este efecto al domicilio familiar? Existen múltiples estudios que demuestran que las leyes antitabaco son eficaces para reducir la exposición pasiva al humo de tabaco en el entorno laboral¹⁴⁴, sin embargo hay bastantes menos y con resultados dispares, respecto a la exposición concreta de los niños en el domicilio familiar. A pesar de ello, existen evidencias de que una intervención más intensiva (entrevista motivacional y entrega de material escrito de apoyo) se acompaña de una reducción a la exposición de ACHT en el hogar¹⁴⁵.

Según datos de la ENS de 2006, la exposición infantil al humo de tabaco en el domicilio se estimaba que era del 24,1% en niños y del 21,8% en niñas de 0 a 4 años; del 32,4% y el 32,7%, respectivamente de 5 a 9 años; y del 39,6% y el 42,3% de 10 a 14 años⁷⁷. En la ENS de 2011/12 de 6,66% y 6,89% en niños y niñas de 0 a 4 años; y de 13,3% y 14,2% respectivamente de 5 a 14 años⁶⁴. Estas cifras son aún preocupantes, pero no tan alarmantes como las que se barajaban en los estudios de hace dos décadas en los que hasta el 75% de los niños españoles vivían en un ambiente contaminado por humo de tabaco. Callén et al., en un estudio de función pulmonar y tabaquismo pasivo en niños asmáticos, en el que entre otros factores analizaban el entorno familiar, constataban el hecho de que se fumaba delante del niño en el 85% de las familias estudiadas^{146, 147}.

Respecto a esta cuestión, nuestro trabajo evidencia una reducción a la exposición al humo de tabaco en el domicilio tanto tras la educación sanitaria, como tras la entrada en vigor de las leyes antitabaco.

Considerando el total de la muestra, al inicio del estudio declaraban que se fumaba en el domicilio el 43,5% de los tutores (41,1% en el grupo control y 46% en el de intervención ($p < 0,05$). A los 12 meses, tras la intervención sanitaria, este porcentaje se había reducido al 37,4% (36,3% en el grupo control y 38,4% en el de intervención intensiva; $p > 0,05$). Y en la última fase, post-leyes, bajó al 11,8%, existiendo diferencias estadísticamente significativas en función del grupo de intervención (Tablas 11 y 12).

En efecto, la reducción a los 12 meses en el grupo control fue de un 3,7% frente a la del grupo de intervención que alcanzó el 7,6%; es decir, la intervención sanitaria fue efectiva en el sentido en que consiguió duplicar la reducción respecto al grupo control. Por otra parte, el efecto de la ley fue evidente pues hubo una reducción del 19,7% y 30,9% respectivamente, y se sigue observando que ésta es más marcada en el grupo de intervención por lo cual insistimos en la posible suma de los efectos de ambas estrategias.

Esta reducción es acorde a la observada en diferentes encuestas y estudios de ámbito nacional. En la ENS 2011/12 el 17,8% manifestaban la exposición al humo de tabaco en el domicilio, dato sensiblemente menor a los de 2009 reflejados en la Encuesta Europea de Salud en España en la que el porcentaje era del 23,5%⁶³. Jiménez-Ruiz et al., observaron, tras la Ley 28/5005, una prevalencia de exposición al humo del tabaco en el hogar del 21,4%, cuando previamente era del 29,5%¹³⁶. Se observa cómo las Leyes

28/2005 y 42/2010 están teniendo un efecto positivo en la prevención del tabaquismo pasivo en el domicilio, máxime si se tiene en cuenta que dicha legislación no contempla expresamente esta prohibición (Figura 19).

Estos resultados son más contundentes si se toma como muestra exclusivamente la población fumadora. Al inicio del estudio se fumaba en un 82.2% de los hogares de los fumadores, bajando al 48.9% post-leyes, con diferencias en función del grupo de intervención (Tabla 39).

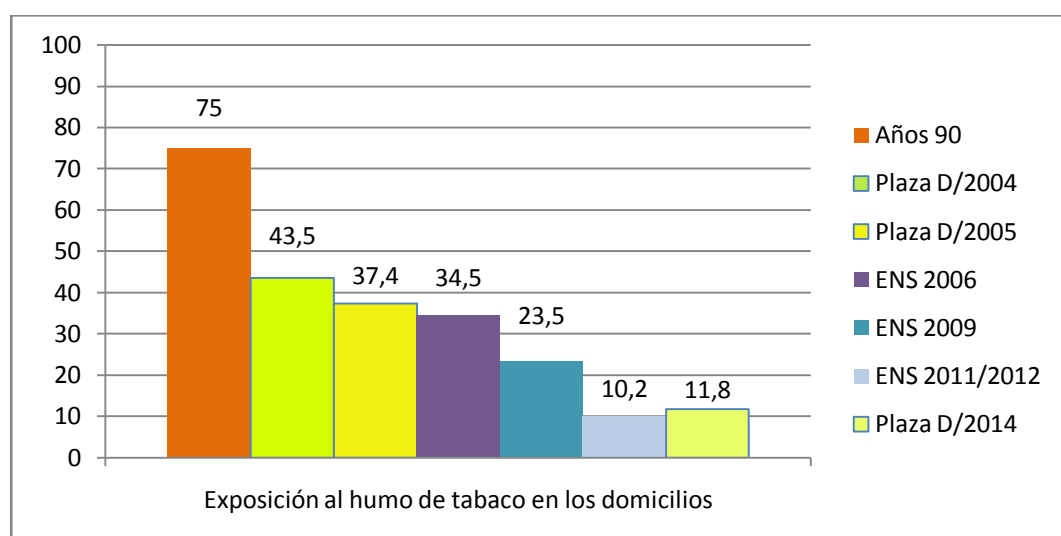


Figura 19. Evolución temporal de la exposición al humo de tabaco en los domicilios. Comparación de una estimación años 90, media porcentual de ENS 2006, 2009 y 2011/12, con nuestro estudio.

Tabla 39. Resultados postley (comparativa con los valores iniciales) respecto a la variable fumar en el domicilio y grupo de intervención entre los que se declaraban fumadores.

COMPARATIVA DE LOS RESULTADOS POSTLEY RESPECTO A LA VARIABLE FUMAR EN EL DOMICILIO ENTRE LOS QUE SE DECLARABAN FUMADORES						
¿Fuma en el domicilio?	Inicio			Postley		
	G. Control n (%)	G. Intensivo n (%)	Total n (%)	Fumadores n (%)	No fumadores n (%)	Total n (%)
Si	72 (81,8)	71 (82,6)	143 (82,2)	59 (67,0)	26 (30,2)	85 (48,9)
No	16 (18,2)	15 (17,4)	31 (17,8)	29 (33,0)	60 (69,8)	89 (51,1)
TOTAL	88 (100,0)	86 (100,0)	174 (100,0)	88 (100,0)	86 (100,0)	174 (100,0)
	p=0,528			p= 0,000		

Por tanto, se ha producido un cambio de actitud en los tutores fumadores en relación con la exposición al humo de tabaco, fumando menos en el domicilio familiar; tanto tras la intervención inicial como, y sobre todo, tras la implementación de las leyes de prevención del tabaquismo. En el grupo de intervención intensiva, de los tutores que seguían fumando tras la ley, es mayor el porcentaje de los que no fuman en su domicilio que los que sí lo hacen. Estos resultados están en consonancia con los encontrados en trabajos en los que se han estudiado la exposición al ACHT en lugares de trabajo^{135, 136, 141}, por lo que la prohibición de fumar en el medio laboral puede haber concienciado de la peligrosidad del ACHT y el cambio de actitud se ha extendido, en parte, al domicilio familiar. Por todo ello, el pediatra debe concienciarse del papel tan crucial que ejerce en la prevención del tabaquismo pasivo en el domicilio familiar y evitar que el niño se vea expuesto al ACHT.

Si bien las intervenciones breves en adultos realizadas en las consultas de médicos de familia se han mostrado eficaces, esta situación no parece extrapolable a los adultos que acuden a la consulta de pediatría acompañando a sus hijos, según los estudios existentes. Aunque existe una revisión Cochrane en la que no se pudo determinar qué tipo de intervención es más eficaz a la hora de reducir la prevalencia de tabaquismo de los padres y la exposición del niño al ACHT, varios estudios muestran que la entrevista motivacional o asesoramiento intensivo proporcionado en entornos clínicos es efectiva¹⁴⁸. Ortega et al., interviniendo sobre los padres que acudieron a la consulta de pediatría durante las revisiones del niño sano en una cohorte de lactantes menores 18 meses, con intervenciones de mayor intensidad que las de la práctica clínica habitual, lograron disminuir la exposición al ACHT de los niños. Estos estudios ratifican el papel del pediatra en la prevención del tabaquismo pasivo¹⁴⁹, y avalan los resultados obtenidos por nosotros.

Motivación para dejar de fumar

Las leyes vigentes han cambiado ciertas actitudes frente al tabaco. Si bien siguen siendo la salud personal y los hijos, las razones aducidas en primer lugar para intentar dejar de fumar, adquieren mayor protagonismo la presión social y el aspecto económico. La

normativa vigente prohíbe fumar en lugares públicos y en el trabajo, lo que justifica que la presión social sea uno de los argumentos alegados a la hora de intentar dejar de fumar. Además, el aumento del precio de las labores del tabaco, junto a la situación económica actual, puede que hayan incitado a muchos fumadores indecisos a dejar de fumar.

Es difícil aislar el efecto atribuible a la legislación, del de la crisis o del coste de los cigarrillos. Está demostrado que la medida aislada más eficaz para disminuir la prevalencia de tabaquismo es el aumento del precio del tabaco. Un 10% de incremento aumenta entre un 3 y un 5% las tasas de abstinencia. El efecto tendría una mayor relevancia si el aumento del precio fuera del 25%. En ese caso el descenso de la prevalencia (porcentaje de fumadores) podría disminuir un 7% y llegar al 14% a largo plazo. Los efectos son más intensos en jóvenes y en grupos sociales menos favorecidos⁷⁸, con menor poder adquisitivo por lo cual se resentirían más del incremento del precio.

En estos últimos años el precio de la cajetilla de cigarrillos en España ha visto aumentado su precio considerablemente (Figura 20)¹⁵⁰⁻¹⁶⁰, pero a pesar de todo es de los más bajos de Unión Europea. Elevar el precio del tabaco puede ser una medida más, que enmarcada en una actuación global, sociosanitaria y legislativa, ayude a los fumadores a dejar de serlo.

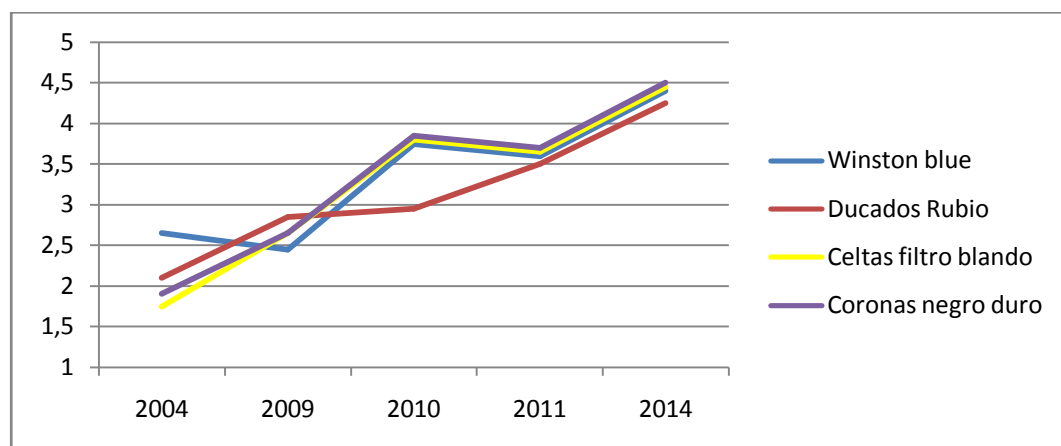


Figura 20. Evolución del precio (euros) de la cajetilla de algunas marcas de cigarrillos. Fuente BOE¹⁵⁰⁻¹⁶⁰.

Factores de inicio al consumo

La opinión de los tutores sobre la influencia del entorno de iguales como factor principal en el inicio al consumo de sus hijos se mantuvo como predominante durante todo el estudio: inicio 71,1%, 72,3% al año y 71,7% postley. Si bien respecto a este factor no se han observado cambios dignos de mención, en el resto de opciones sí. La incertidumbre y la falta de perspectiva en el futuro gana terreno como factor que pueden influir en dicho inicio. Por otra parte, y posiblemente por estar prohibida, la publicidad pierde protagonismo en este escalafón. Todo ello, puede que no sea más que el reflejo de la preocupación por la situación económica actual.

Aunque el círculo de amigos es el factor que más influye en el inicio al consumo de tabaco^{114,161,162}, no es menos cierto que el entorno familiar también lo hace. Diversos estudios demuestran una asociación significativa entre una historia familiar de tabaquismo y el tabaquismo juvenil, configurándose la figura del hermano mayor como más influyente que la paterna¹⁶². El mayor factor de riesgo para el adolescente es tener un hermano mayor fumador, más que fume el padre, la madre o ambos. Ello hace que los niños con hermanos fumadores perciban el tabaco como menos dañino, más atractivo, integrándolo en su proceso de maduración y paso a la edad adulta. La explicación puede ser debida a que a estas edades el modelo donde se proyectan las aspiraciones es en el hermano mayor y no en los padres¹⁶³.

En nuestro estudio los tutores consideran que la influencia de las leyes en la prevención al inicio del consumo de tabaco es muy baja, sólo un 1,3%. La pregunta se formuló comparando este factor con otros como el entorno de amigos, el familiar y la educación del colegio (Tabla 32).

Según la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) del año 2008, el 15,9% de los encuestados manifestaban que las leyes de prevención del tabaquismo pueden haber alcanzado ese objetivo, porcentaje elevado si lo comparamos con el de nuestro estudio. La aparente disparidad se debe a que en la formulación de la pregunta del CIS no se contemplan otros factores, como lo hace nuestra encuesta (Figura 21)¹⁶⁴.

Cuando los resultados se toman de preguntas que no tienen los mismos ítems los porcentajes pueden ser muy diferentes y hay que valorarlos en su contexto. En nuestra encuesta tenemos un claro ejemplo que puede dar lugar a cierta controversia. Si se comparan las tablas 16 y 32 los porcentajes atribuidos al entorno familiar y entorno de amigos difieren; y es porque el resto de los ítems de esas preguntas no son los mismos, error que se debe evitar..

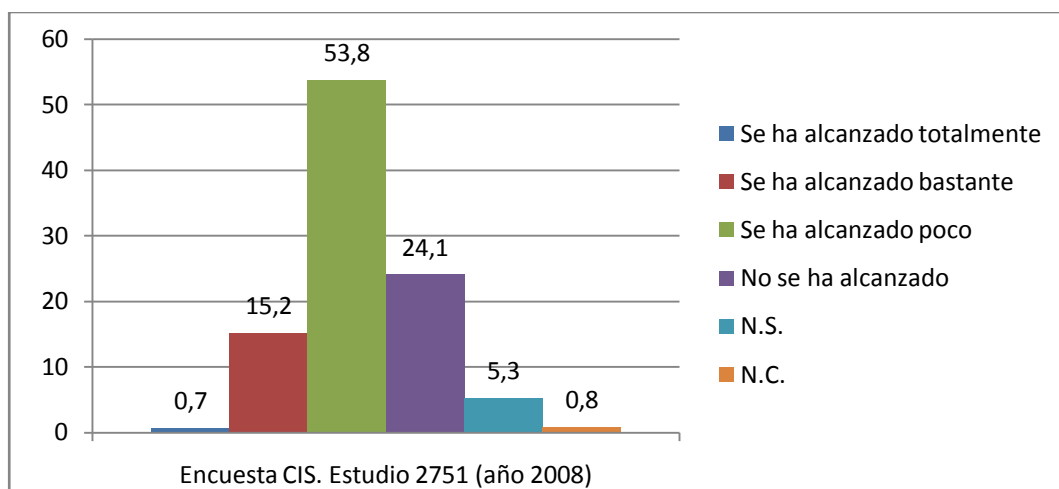


Figura 21. Importancia de la ley como factor en el inicio de los jóvenes al consumo de tabaco. *¿Hasta qué punto diría usted que se ha alcanzado el objetivo de que los jóvenes no se inicien en el consumo de tabaco con la Ley?* Fuente: CIS. Estudio 2751. Hábitos relacionados con el tabaco¹⁶⁴.

Actitud y percepción del riesgo asociado al tabaco.

En nuestro estudio, la percepción del riesgo se desgranó en cinco aspectos: tabaco como perjudicial para la salud, como causante de enfermedades y como droga, peligrosidad del ACHT y la consideración de que ser fumador es ser enfermo.

También ha cambiado la consideración sobre algunos aspectos del tabaquismo. Aunque desde el inicio la gran mayoría de los tutores eran conscientes del peligro que para la salud supone consumir tabaco, tras la intervención realizada y tras la implementación de las leyes el grado de concienciación aumentó; y en algunas ocasiones de forma significativa.

Que el tabaco es peligroso para la salud casi nadie lo discute, en la encuesta postley esta afirmación llega casi al 100%, sin diferencias entre fumadores y no fumadores 98,9% vs 99,8% ($p>0,05$), ni entre ambos grupos, 99,5% (control) y 99,8% (intervención intensiva) ($p>0,05$). Estos resultados están en consonancia con los de otras encuestas en las que se aborda este aspecto de forma similar, como la Encuesta a Estudiantes de Secundaria (ESTUDES 1994-2012) o la realizada por el CIS. En ellas se muestra el aumento de la percepción del riesgo del consumo de tabaco. Más del 90% de los escolares⁶⁷ y el 90,7% de los españoles consideran que fumar es perjudicial para la salud¹⁶⁴. Estos datos, sin embargo, contrastan con una encuesta recientemente publicada por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) según la cual, la percepción de riesgo del consumo de alcohol y tabaco entre los españoles se ha reducido en los últimos diez años: Consideran el alcohol muy peligroso cerca de un 7% menos que en las encuestas de hace 10 años, y en el caso del tabaco un 12% menos¹⁶⁵ (Tabla 40). Esta percepción del riesgo aumenta en función de la edad, hasta llegar al final de la etapa adulta en la que se pierde esa progresión e incluso disminuye (Tabla 41).

Tabla 40. Valoración de la peligrosidad de diversas drogas. Comparativa con 2004. Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción¹⁶⁵.

GRADO DE PELIGROSIDAD	2014			2004
	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	% (1-2) MUY/BASTANTE	% (1-2) MUY/BASTANTE
Tabaco	2,54	,988	47,6	60,1
Alcohol	2,34	,953	55,7	62,3
Cánnabis (hachís, marihuana, porros)	2,16	,969	65,2	56,2
Anfetaminas y alucinógenos (MDMA, éxtasis)	1,31	,597	95,1	91,7
Tranquilizantes e hipnóticos	1,58	,782	86,8	79,7
Cocaína	1,18	,448	98,1	95,8
Heroína	1,10	,347	99,3	97,2

Tabla 41. Peligrosidad del tabaco según edad. Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción¹⁶⁵.

	EDAD					TOTAL
	15-22	23-30	31-49	50-55	56-65	
Muy/bastante peligrosa	33,9	38,6	49,1	57,0	55,5	47,6
Regular	48,9	40,1	36,7	34,4	34,0	38,1
Poca/nada peligrosa	17,2	21,3	14,2	8,6	10,5	14,4
Total	180	202	654	186	191	1.413

Respecto a la consideración del tabaco como causante de enfermedades, en nuestro trabajo el 96,8% de los encuestados inicialmente respondieron afirmativamente, porcentaje que aumentó hasta el 97,2% al año y al 99,6% tras la entrada en vigor de las leyes. El elevado porcentaje del que se parte puede apoyar la hipótesis de que la entrevista inicial puede ser considerada, en sí misma, una intervención puesto que su realización ya supone una sensibilización hacia el tema. El aumento registrado en los dos cortes realizados, muestra que la información facilitada por los pediatras crea un estado receptivo para intervenciones posteriores en materia de prevención del tabaquismo. Quizás en ello resida la diferencia observada con los resultados que nosotros presentamos.

Al analizar la consideración del tabaco como droga, también se parte de un porcentaje elevado, el 91% del total de la muestra que ha ido aumentando, sobre todo en los aspectos de que crea dependencia y produce síndrome de abstinencia. Esta consideración es mayor entre los no fumadores.

Merecen especial atención el hecho de que a los 12 meses fuera el grupo de intervención el que mostró un aumento de un 3,2% frente a un discreto 0,5% en el grupo control, el cual tendrá que esperar a la implementación de las leyes para ver aumentada esta consideración (un 6%), llegando a un 94,4%. Esta cifra no alcanza el 99,3% del grupo intervención en este momento. Es decir, se evidencia la eficacia de la intervención intensiva en este aspecto, la cual en cierta manera se mantiene en el tiempo pues en la valoración postley sigue habiendo una diferencia a favor del grupo de intervención. Por

otra parte, hay que reconocer la eficacia de la legislación en cuanto que abarca toda la población, incluida la no sensibilizada sanitariamente.

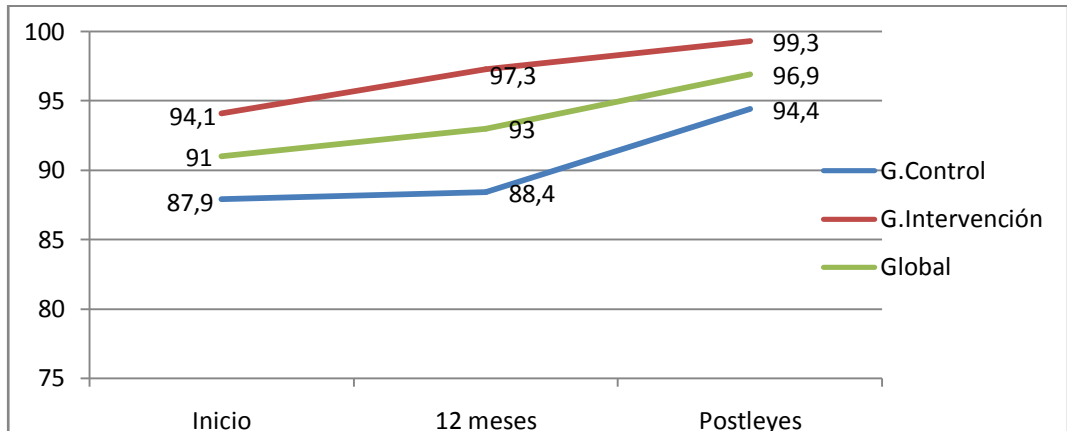


Figura 22. Evolución a lo largo del estudio de la consideración del tabaco como droga.

En la anteriormente mencionada encuesta de la FAD, sobre la percepción social de drogas en España se ha duplicado el porcentaje de casos que nombran al tabaco como droga pasando del 24,8% en el 2004 al 53,2% actual¹⁶⁵ (Tabla 42). Como se puede apreciar, porcentajes muy inferiores a los que nosotros presentamos y que, como ya se ha comentado, atribuimos a la información recibida por los tutores en la consulta de pediatría en las distintas ocasiones que han acudido a la misma.

Tabla 42. Conocimiento de nombres de drogas en porcentaje. Comparativa 2014-2004-1999. Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción¹⁶⁵.

DROGAS QUE CONOCE (MENCION ESPONTANEA)	2014		2004		1999	
	% RESP.	% CASOS	% RESP.	% CASOS	% RESP.	% CASOS
Tabaco	11,3	53,2		24,8		25,3
Alcohol	12,8	60,6		26,8		27,3
Cannabis (hachis, marihuana, porros)	20,1	94,9		71,9		75,0
Anfetaminas y alucinógenos (MDMA, extasis)*	13,4	63,4				46,5
Tranquilizantes e hipnóticos	5,5	26,0		0,6		2,3
Cocaína	19,9	93,9		75,0		77,2
Heroína	16,2	76,3		48,1		58,5
Otras	0,8	3,7		22,4		1,7
N Total	6.683	1.400	5.439	1.700	5.861	1.700
Respuestas por persona	4,7		3,19		3,44	

* En 2004 se codificaron por separado "anfetaminas y speed" (10,2%), "alucinógenos" (13,5%) y "éxtasis y otras drogas de síntesis" (26,6%).

Respecto al aire contaminado con humo de tabaco (ACHT), éste es reconocido como peligroso para la salud aunque no está exento de falsos mitos y argumentaciones, sobre todo por parte de los fumadores que intentan justificar su conducta¹⁶⁶. El último informe del Departamento de Salud de los EEUU, a propósito de los 50 años de esta institución puede ayudar a centrar el tema y darle la importancia que tiene: “Desde 1964 se han producido más de 20 millones de muertes relacionadas con el tabaco en los Estados Unidos. Aunque la mayoría fueron adultos fumadores, cerca de 2,5 millones fueron no fumadores que murieron a causa de la exposición ambiental al humo tabaco. Durante ese mismo tiempo, 100.000 bebés han muerto debido al tabaquismo de los padres, especialmente al materno”¹⁶⁷.

Con estas cifras es necesario buscar intervenciones que disminuyan la exposición al ACHT de los no fumadores, y sobre todos de los niños. Todos los profesionales sanitarios tienen una gran responsabilidad en este campo, de la que no puede eximirse el pediatra, y por supuesto las entidades sociopolíticas y sanitarias, pues como ya se ha señalado, el coste económico y social es muy elevado.

En nuestro estudio, la evolución seguida por la valoración como peligrosa del ACHT es similar a la ocurrida en el caso del aspecto “consideración como droga”. El grupo intervención evoluciona de forma muy positiva rápidamente a los 12 meses tras la intervención intensiva (aumenta un 12,1%), sin embargo el grupo control no experimenta apenas cambios en este periodo (7,8%) y es la ley la que impulsa la opinión favorable a considerar el ACHT como perjudicial.

Esta percepción difiere ligeramente entre fumadores y no fumadores. Al inicio, solo el 70,1% de los fumadores lo consideraba peligroso frente al 82,5% de los no fumadores, con diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$). Al final del estudio, el 98,8% de los tutores de nuestra encuesta consideraba peligroso el ACHT, persistiendo una mayor percepción entre los no fumadores (Figura 23).

Estos resultados son similares a los observados por Jiménez-Muro et al.¹⁶⁸, que publicaban que el 97% del total de los estudiantes universitarios creen que inhalar aire contaminado por humo de tabaco es perjudicial para la salud. Esta consideración era menor entre los fumadores de forma estadísticamente significativa.

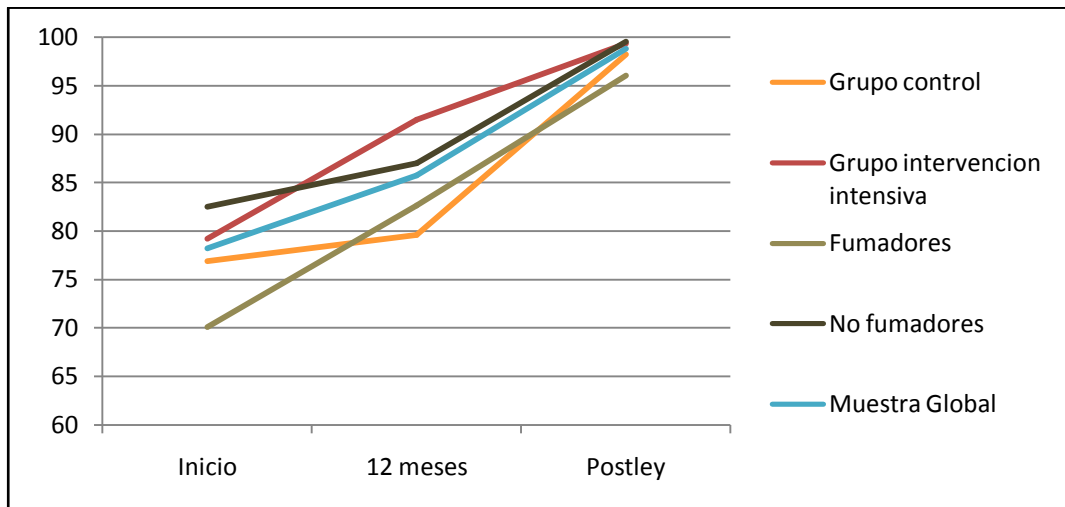


Figura 23. Evolución de la consideración de peligrosidad del ACHT.

En los aspectos relacionados con la enfermedad, el que alcanza una puntuación cercana al 100% es la atribución al tabaco el origen de múltiples enfermedades, en la encuesta final postley. Le sigue la percepción del tabaquismo como una enfermedad en sí misma, con un 74,1% de los encuestados en ese mismo momento. Sin embargo, sólo un 60% de los fumadores se consideraba enfermo por el hecho de ser fumador. Este porcentaje es algo inferior al aportado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) según la cual, en el año 2005, el 70% de los fumadores españoles se consideraban a sí mismos enfermos. Los no fumadores, sin embargo, eran más críticos y el 75,8% de los encuestados consideraba enfermos a los fumadores simplemente por el hecho de fumar¹⁶⁹.

Solicitud de ayuda sanitaria para dejar de fumar

En los últimos años el cambio que desde atención primaria han protagonizado los profesionales sanitarios en el abordaje del tabaquismo, ha favorecido que los fumadores confíen en ellos y les soliciten ayuda para dejar de fumar. La inclusión del abordaje del tabaquismo en sus diferentes vertientes en la Cartera de Servicios de Atención Primaria

de nuestra comunidad emplazan, de una forma institucional, tanto a los profesionales de pediatría, como a los de medicina de familia para el abordaje del mismo: tabaquismo pasivo en el contexto de la revisión del niño sano (servicios 102-104), interrogación sobre el hábito tabáquico y consejo e información sobre el consumo de tabaco en la atención y educación al joven(servicio 110), valoración de riesgo obstétrico en relación con hábitos tóxicos (servicio 200) y deshabitación tabáquica (servicio 320), sin mencionar el consejo de abandono de tabaco realizado de forma explícita en la atención a los procesos crónicos (hipertensión arterial, diabetes, EPOC) y en la valoración del riesgo cardiovascular¹⁷⁰.

Con el transcurso del tiempo ha aumentado el porcentaje de tutores que creen que los sanitarios pueden ayudar a dejar de fumar y también ha crecido el número de ellos que lo han intentado. Claramente, la información y los cambios surgidos en estos años han hecho tomar conciencia a los fumadores del problema que supone el consumo de tabaco, y la entrada en vigor de la normativa para la prevención del tabaquismo ha resultado ser el espaldarazo para muchos fumadores indecisos. De hecho se pasó del 86,6% de tutores que no habían solicitado nunca ayuda para dejar de fumar al 40.9% y sólo el 2,6% permanecía sin haberlo intentado en ninguna ocasión (Tablas 25 y 26). Estos datos contrastan con el 31,6% que declaran no haber intentando nunca seriamente dejar de fumar en una encuesta realizada por la Oficina de Consumidores y Usuarios (OCU) en 2011¹⁷¹. Una vez más la única explicación plausible para esta diferencia es el “posos” que queda tras la información facilitada en su momento, que aumenta la sensibilidad de la población fumadora a intervenciones futuras.

“Cada nuevo intento tiene más posibilidades de éxito” . Es el aforismo ofrecido reiteradamente por los profesionales dedicados a la deshabitación tabáquica, como mensaje motivador al fumador “frustrado” ante las tentativas fallidas de abandono. Por ello, es lógico pensar que las leyes no hayan calado de igual manera en todos los fumadores y aquellos que han recibido mensajes positivos de ayuda y con una motivación especial, sean más receptivos al cambio.

Consideraciones sobre las Leyes 28/2005 y 42/2010.

La normativa legal en prevención tabaquismo, a pesar de las reticencias iniciales por parte de algunos sectores de fumadores, ha supuesto un cambio real. En la encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en el año 2008, de una muestra de 2001 españoles, el 69% consideraban la Ley 28/2005 como buena o muy buena, regular el 8,9% y mala o muy mala el 20,9%. De igual modo, el 70,6% pensaba que dicha ley contribuyó a mejorar la salud de los españoles ¹⁶⁴.

En la encuesta final de nuestro trabajo, realizada en el año 2014, un alto porcentaje de la población piensa que las leyes han sido útiles de forma global. Este porcentaje es significativamente más alto entre los no fumadores: 88,2% frente al 72,4% en los fumadores.

Sin embargo, al formular la pregunta refiriéndose a aspectos concretos, la apreciación es que la legislación es todavía insuficiente existiendo una clara diferencia de percepción entre fumadores y no fumadores. Por ejemplo, al preguntar específicamente si creían que las leyes han servido para disminuir la prevalencia de fumadores, la opinión mayoritaria es negativa. Los más optimistas son el grupo de no fumadores con un discreto 15,2%, desmarcándose de forma significativa de los fumadores (sólo un 5,7%) .

Preguntados si pensaban que protegían la salud, la opinión generalizada (78,4% de los encuestados) es que hacen poco, sin diferencias entre fumadores y no fumadores, ni entre grupo de intervención. El resto contestan que no saben. Respecto a si creían que las leyes habían servido para proteger la salud de sus hijos, la respuesta fue mayoritariamente negativa (80%) entre los fumadores, y el 50% de los no fumadores.

En esta misma línea discurren los resultados de Nebot et al⁴⁷ en un estudio en el que concluyen que la Ley 28/2005 no había sido eficaz para proteger la salud de los no fumadores que conviven con fumadores en los espacios de ocio. Para ello, realizaron determinaciones de niveles de cotinina en saliva en trabajadores de restaurantes donde estaba permitido fumar y comprobaron cómo estos niveles se habían incrementado en un 20,6% entre los años 2005–2006.

Si bien la Ley 28/2005 tuvo su eficacia para dejar de fumar en algunos lugares públicos, no fue así respecto a los lugares de ocio, acorde con la restricción total y parcial en estos espacios cerrados, como ya se ha visto en el estudio de Jiménez-Ruiz et al.¹³⁶, donde la prevalencia global a la exposición del humo del tabaco era del 37,8% y mientras que en los lugares de trabajo era del 11%, en los de ocio era del 31,8% (Tabla 38). Hallazgos similares se repiten en otros estudios como el Galán et al., que constató una marcada reducción a la exposición del ACHT en los lugares de trabajo de la Comunidad de Madrid (del 40,5% al 9,0%) y menos en otros ámbitos^{172, 173}.

Si se comparan los resultados de los estudios anteriormente reseñados, con la percepción que tenían los españoles sobre la eficacia de la Ley 28/2005, según la encuesta del CIS, los datos no son muy diferentes: la eficacia es mayor en relación a la exposición en los centros de trabajo que en bares y restaurantes. Con respecto a la disminución de la prevalencia de fumadores, el protagonismo que le otorgan a la Ley también es menor (Tabla 43)¹⁶⁴.

Tabla 43. Percepción de la eficacia de la ley. Fuente: Encuesta CIS¹⁶⁴.

PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DE LA LEY 28/5005						
	Mucho	Bastante	Poco	Nada	N.S./N.C.	(N)
Que se deje de fumar en los centros de trabajo	31.5%	41.8%	17.4%	7.4%	1.9%	(1999)
Que haya menos humo en bares y restaurantes	18.6%	31.0%	33.1%	15.8%	1.5%	(1999)
Que algunos españoles dejen de fumar	8.9%	24.8%	52.5%	12.6%	1.2%	(1999)
Que algunos españoles no empiecen a fumar	6.8%	19.8%	48.3%	21.3%	4.0%	(2001)

Por ello, desde distintos foros hicieron llamadas de atención acerca de la insuficiencia de las medidas tomadas y se solicitaba la prohibición de fumar en todos los lugares de ocio, medida que por fin fue contemplada en la Ley 42/2010 y cuyos efectos se han dejado notar (Figura 24)¹⁷¹.

Aunque no ha sido objeto de nuestro trabajo, creemos que es el momento de recordar una vez más, que la eficacia de este tipo de medidas legislativas en la prevención de la exposición al humo ambiental del tabaco tiene importantísimas repercusiones sociosanitarias. Existen múltiples estudios que demuestran que la reducción a la

exposición al humo del tabaco se asocia con una disminución de las hospitalizaciones por patologías relacionadas con el uso del tabaco^{63, 174-177}.

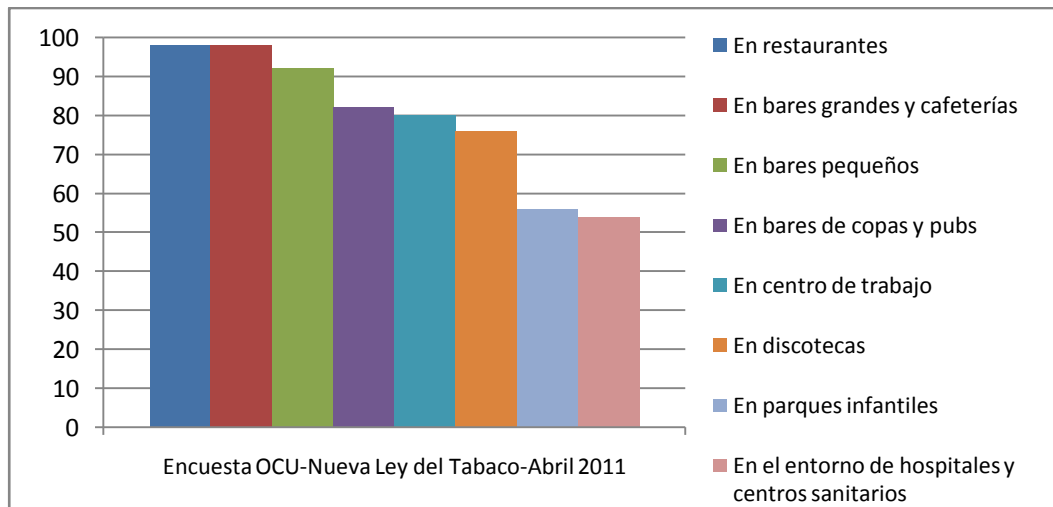


Figura 24. Percepción (%) del cumplimiento de la Ley 42/2010, en diferentes lugares. Fuente: Encuesta OCU¹⁷¹.

Como ayuda para dejar de fumar, los fumadores no le conceden protagonismo a las modificaciones legales. Llama la atención que ninguno de los fumadores encuestados manifieste que la implementación de las leyes le haya ayudado a dejar de fumar, pues podría presuponerse que la prohibición de fumar en el entorno laboral y muchos lugares públicos fuera motivo para que los fumadores hicieran algún intento de abandono. Lo que se puede decir con los datos obtenidos es que, los que han abandonado el tabaco, no consideran la implantación de las leyes como factor desencadenante para ello, al menos conscientemente. Estos datos están en consonancia con los observados en la encuesta del CIS (Tabla 43)¹⁶⁴.

Las leyes han provocado un cambio de actitud de los fumadores. La mayoría de los encuestados tras la entrada en vigor de las mismas, declaraban que habían cambiado su actitud en el consumo de tabaco y también creían que el resto de los fumadores lo habían hecho. Lo expresaban como “respeto hacia lo nos fumadores”. Los no fumadores también participaban de esta misma opinión.

Como se ha comentado en páginas anteriores, la adaptación al cambio conduce a la supervivencia, y en este sentido se podría decir que a pesar de las reticencias iniciales a las limitaciones para fumar en lugares públicos, los fumadores son conscientes de lo que ha supuesto para su salud en general y la mayoría de los encuestados son respetuosos con la ley y creen que ésta se respeta en el 80,3%, porcentaje similar al que se expone en la Figura 24 correspondiente a la encuesta de la OCU¹⁷¹, y a los datos del propio Ministerio de Sanidad que en su *Informe a las Cortes Generales* manifiesta que el cumplimiento de la Ley 42/2010 ha sido mayoritario⁶³. Todo ello, a pesar de que el 73% de los fumadores manifestaban no estar de acuerdo con la citada Ley (Tabla 44)¹⁷¹.

Tabla 44. Grado de acuerdo con la Ley 42/2010. Total de España y según consumo de tabaco. Fuente: OCU¹⁷¹.

	GRADO DE ACUERDO CON LA LEY 42/2010 (%)			
	Total España	No han fumado nunca	Exfumadores	Total fumadores
Totalmente en desacuerdo	17.4%	5.8%	9.5%	39.8%
En desacuerdo	18.9%	10.1%	15.3%	33.2%
De acuerdo	24.3%	23.0%	29.7%	19.6%
Totalmente de acuerdo	39.4%	61.1%	45.5%	7.4%

A pesar de lo que cabría pensar a tenor de estos últimos resultados ese 73% de fumadores que no estaría de acuerdo con la Ley, la casi totalidad de nuestros encuestados, cerca del 98%, no estarían de acuerdo con una hipotética derogación de la misma, si bien es cierto que existen diferencias entre fumadores y no fumadores, lo que por otra parte entra dentro de lo esperado.

Papel de la crisis económica

La coincidencia de la entrada en vigor de las leyes de prevención del tabaquismo con la situación de crisis económica hace difícil atribuir algunos resultados a una u otra situación.

Algo más de la mitad de los fumadores (62,1%) reconocen que la crisis económica ha influido de alguna forma en su actitud respecto al consumo de tabaco y en un porcentaje

similar (63,2%) piensan que en general ha influido en todos los fumadores. En cambio, sólo el 25% de los no fumadores lo creen así.

Quizás el hecho de que los no fumadores no sean realmente conscientes de lo que cuesta el paquete de cigarrillos pueda influir, entre otros factores, en esta consideración. Es decir, los fumadores atribuyen un cierto protagonismo al papel desempeñado por la crisis económica como factor favorecedor en el abandono del tabaco, sin embargo no le conceden la misma importancia a las leyes aunque tras la entrada en vigor de las mismas haya disminuido la prevalencia.

En ese sentido, la crisis podría tener un efecto “beneficioso” para la salud. Regidor et al.¹⁷⁸, observaron que los parámetros de salud en España habían mejorado en los primeros años de la recesión económica. Ruhm¹⁷⁹ observó que cuando aumentaba el desempleo en Estados Unidos, disminuía ligeramente la mortalidad, las personas reducían el consumo de tabaco y el exceso de peso, y aumentaban el ejercicio físico en el tiempo libre. Estimó que la caída del 1% de la población activa conllevaba una reducción en la prevalencia de tabaquismo del 0,6%, entre otros beneficios para salud, como una reducción del 0,4% de obesidad, un 0,7% de la inactividad física y 1,1% de otros múltiples riesgos.

En nuestro trabajo, de los 184 tutores que fumaban habían dejado de fumar tras la entrada en vigor de las leyes 11 de ellos (6%), y reconocían que lo habían dejado por el coste económico. Dada la situación social descrita, es difícil desligar la influencia de las leyes de la de la crisis económica, en cuanto al abandono del tabaco.

En definitiva, los fumadores lo son por muchas circunstancias pero en el interior de muchos de ellos existe el sentimiento de desear no serlo. Si no, no se explicaría que al 90,4% de los españoles no “le agrade” la idea de que sus hijos se conviertan en fumadores (Tabla 45)¹⁶⁴.

Un estudio como el nuestro no puede medir la influencia del gran número de variables que determinan la conducta individual de cada fumador, ni tampoco la suma de variables que influyen globalmente en la prevalencia del consumo de tabaco en una población

determinada. Por otra parte, la interacción entre los distintos factores individuales y sociales que determinan dicha actitud en todos y cada uno de los fumadores aumenta la dificultad existente para determinar con cierta exactitud la influencia de dichas variables.

Tabla 45. Sentimientos sobre el hecho de que en un futuro los hijos se conviertan en fumadores. Fuente: Encuesta CIS¹⁶⁴.

SENTIMIENTOS SOBRE EL HECHO DE QUE EN UN FUTURO LOS HIJOS SE CONVIERTAN EN FUMADORES		
Imagine que tuviera un hijo o hija adolescente que empezara a fumar, ¿le diría usted...?	%	N
Que lo dejara para cuando tuviera más edad	10.2	204
Que tratara de no convertirse nunca en fumador	80.2	1604
No le diría nada	6.2	123
N.S./N.C	3.4	69
TOTAL	100	2001

En nuestro estudio no es posible determinar la influencia de variables como las puestas en marcha por el propio estudio en el grupo control y en el grupo de intervención, con otras variables sociológicas como han sido las dos leyes reguladoras del consumo de tabaco y la propia crisis económica.

Sin embargo, al igual que lo observado en otros estudios similares realizados en población adulta, si se puede concluir que este tipo de intervenciones son más eficaces cuando se acompañan de medidas restrictivas al consumo y aumento de precio del tabaco, circunstancias estas que han sucedido en la población objeto de estudio algunos años después de finalizar la primera parte del estudio, por lo que, aun corriendo el riesgo de no poder individualizar el peso de cada una de estas variables, no podíamos desperdiciar la oportunidad de valorar su influencia.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La educación sanitaria impartida por los profesionales de pediatría es eficaz en la prevención de la exposición al aire contaminado con humo del tabaco en el domicilio de los niños.
2. La entrada en vigor de las Leyes 28/2005 y 42/2010 ha logrado disminuir la prevalencia de tabaquismo en los grupos objeto de estudio, siendo mayor su eficacia en el grupo que previamente había sido objeto de la intervención intensiva por parte de los pediatras.
3. La entrada en vigor de las Leyes 28/2005 y 42/2010 refuerza la eficacia de la intervención previa del pediatra en la prevención de la exposición al aire contaminado con humo del tabaco en el entorno familiar.
4. La educación sanitaria ofrecida por el pediatra, por una parte, y las Leyes de prevención del tabaquismo, por otra, han aumentado la sensibilización de la peligrosidad del tabaco en los tutores que acudieron a la consulta de pediatría.
5. La intervención del pediatra sobre los tutores fumadores que acuden a la consulta de pediatría con sus hijos, favorece un cambio de actitud del que se benefician ellos mismos y sus hijos, al favorecer un ambiente libre del humo de tabaco en sus domicilios.
6. Existe una discordancia en la percepción del riesgo entre los fumadores y no fumadores, discordancia que persiste después de las intervenciones realizadas y de la entrada en vigor de las Leyes 28/2005 y 42/2010.
7. La intervención del pediatra en el abordaje y prevención del tabaquismo está plenamente justificada, enmarcada dentro de la educación para la salud que habitualmente se ofrece en la clínica diaria.
8. La intervención del pediatra en el abordaje y prevención del tabaquismo realizada de una forma más intensa a la habitual, obtiene mejores resultados a largo plazo, favoreciendo la eficacia de intervenciones futuras.
9. La intervención del pediatra trasciende la edad pediátrica e influye en los tutores que acuden a la consulta, tanto en lo que se refiere a su condición de fumador, como a la consideración que tienen del tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

1. Steen B, Flórez S. Historia del tabaquismo. En: Jiménez Ruiz C, Fagerström K. Tratado de tabaquismo. 3ª ed. Madrid: Aula médica; 2011. p. 11-20.
2. Stewart G. A history of the medicinal use of tobacco 1492–1860. *Medical history* 1967; 11(03):228-68.
3. Dolin, PJ. An epidemiological review of tobacco use and bladder cancer. *J Smoking Related Dis.* 1991; 2:129-43.
4. Schrek R, Baker LA, Ballard GP, Dolgoff S. Tobacco smoking as an etiological factor in disease. *Cancer Res.* 1950; 10:49–58.
5. Proctor RN. The global smoking epidemic: a history and status report. *Clinical Lung Cancer.* 2004; 5(6): 371-6.
6. Jacobson, PD, Wasserman J, Anderson, JR. Historical overview of tobacco legislation and regulation. *Journal of Social.* 1997; 53(1):75-95.
7. Mackay J, Eriksen M. El Atlas del Tabaco. Organización Mundial de la Salud; 2002.
8. Saloojee Y, Dagli E. Tácticas de la industria tabaquera contra las políticas de salud pública. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos.* 2001; 4:19-27.
9. Borio G. The tobacco timeline. Chapter 8: The twenty-first century. The new millenium. *Tobacco BBS.* 2007. [Internet]. [Citado 14 Octubre 2014]. Disponible en: http://archive.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History21.html
10. Pascual F, Vicéns S. Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. *Adicciones.* 2004; 16(2):13.
11. Rodríguez E, Calvo JR, López A. Historia del tabaco. En: Calvo JR, López A. El tabaquismo. Las Palmas de Gran Canaria: Cometa; 2003, p. 31-52.
12. Jané M, Pardell H, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prev Tab.* 2001;3:147-54.
13. Gourd K, Lickint F. *Lancet Respiratory Medicine.* 2014; 2(5):358-9.
14. Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: a study of six hundred and eighty-four proved cases. *JAMA.* 1950; 143(4):329-36.
15. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. *BMJ.* 1950; 2:739-48.

16. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking Habits: A preliminary report. *BMJ*. 1954; 1:1451-5.
17. Doll R, Peto R, Boreham J, & Sutherland, I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004; 328:1519.
18. Roth GM. Summary of recent reports on the biologic effects of cigarette smoking on the cardiovascular system. *Circulation*. 1960; 22:161-3.
19. Smoking and Health. A Report of the Royal College of Physicians on Smoking in Relation to Cancer of the Lung and Other Diseases. Pitman Medical Publishing Co Ltd, London, 1962. [Internet]. [Citado 20 Noviembre 2014]. Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/smoking-and-health-1962.pdf>
20. US Department of Health and Human Services. Smoking and health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. (Publication N° 1103) Washington, DC: US Government Printing Office, 1964.
21. Abernethy AM, Teel JE. Advertising regulation's effect upon demand for cigarettes. *Journal of Advertising*. 1986; 15(4):51-5.
22. Omar Sabaj M. Los mensajes de advertencia en las cajetillas de cigarrillo (MAC C): Una mirada lingüística discursiva comparativa. *DELTA*. 2006; 22 (1):81-125.
23. Borio G. Tobacco Timeline, 1998. Tobacco timeline. The Chapter 7: The twentieth century 1950-1990. The battle is joined. *Tobacco BBS 2007*. [Internet]. [Citado 20 Noviembre 2014]. Disponible en: http://archive.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History20-2.html
24. US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. Report of the Surgeon General, 1989. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 1989.
25. Lozano JA. Ciencia con esperanza. Murcia: Alternativas de Comunicación S.L. 2002; p. 226-8.
26. Gavonel C, Gamboa M. Proyecto "El informate: CBS y las tabacalera". CBS y las tabacaleras. Brown & Williamson y el problema con las tabacaleras [Internet]. 2012 [citado 21 Febrero 2015]. Disponible en: <http://cbsytabacaleras.blogspot.com.es/2012/09/proyecto-el-informante-cbs-y-las.html>
27. Calvete A. Actividad de la unión europea en materia de lucha contra el tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2005; 79(5):521-9

28. Burnside G, Piha T, Wood M. Working for tobacco-free cities a multi-city action plan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 1994. (EUR/HFA target 14 and 17).[Internet]. [Citado 21 Noviembre 2014]. Disponible en:http://whqlibdoc.who.int/euro/sfe/SFE_11.pdf
29. Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 3 de abril de 2014 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE.
30. Barrueco M. Estrategias de Prevención. En: Barrueco M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla M: Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: ERGON; 2003. p. 69-106.
31. ENSH Global network for tobacco free health care services. ENSH history. ENSH-Global [Internet]. 2011 [citado 22 Noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.ensh.org/history.php>
32. Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) [Internet]. [Citado 22 Noviembre 2014]. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/consumers/consumer_safety/c11503b_es.htm
33. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La nueva directiva de productos de tabaco aumenta las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos [Internet]. [Citado 22 Noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3231>
34. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2005.
35. 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. Boletín Oficial del Estado, de 27 de diciembre de 2005, núm. 309, p.42241 a 42250.
36. Saiz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco J, Cortés M, et al. Plan nacional de prevención y control del tabaquismo. Rev Esp Salud Pública. 2003; 77(4):441-73.
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud 21: Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.

38. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Europea para el Control del Tabaco. Copenhague: Organización Mundial de la Salud; 2002.
39. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Organización Mundial de la Salud. Switzerland [Internet]. 2008 [citado 25 Noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/index.html>
40. Levantando la cortina de humo. 10 razones para una Europa sin humo. European Respiratory Society [Internet]. 2006 [citado 19 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/10razonesSinHumo.pdf>
41. Report on the health effects of environmental tobacco smoke (ETS) in the workplace. Office of Tobacco Control, Health and Safety Authority. [Internet]. 2002 [citado 19 Enero 2015]. Disponible en: http://www.medicine.tcd.ie/public_health_primary_care/assets/pdf/reports/ETS_Report.pdf
42. Ley 20/1985, de 25 de julio de 1985, de prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencia. . Boletín Oficial de Estado, 28 de agosto de 1985, núm 206, p. 27151 a 27156.
43. Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población. Boletín Oficial de Estado, 9 de marzo de 1988, núm 59, p. 7499 a 7501.
44. Villalbí JR. Políticas para reducir el daño que causa el tabaco. Adicciones. 2004; 16, SUPL. 2:379
45. 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. Boletín Oficial del Estado, de 13 de mayo de 2003, núm 114, p. 18216 a 18218.
46. Jiménez-Ruiz CA, Ruiz Manzano J. La sociedad española de neumología y cirugía torácica, SEPAR ante la nueva ley reguladora del consumo del tabaco en España. Arch Bronconeumol. 2010; 46(8):402–4.
47. Nebot M, López MJ, Ariza C, Pérez-Ríos M, Fu M, Schiaffino A, et al. Impact of the Spanish Smoking Law on Exposure to Secondhand Smoke in Offices and Hospitality Venues: Before-and-After Study. Environ Health Perspect. 2009; 117:344–7.

-
48. Nerín I. El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41:360–2.
 49. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se 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. *Boletín Oficial del Estado*, de 31 de diciembre de 2010, núm 318, p. 109188 a 109194.
 50. Real Decreto 748/2014, de 5 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 1199/1999, de 9 de julio, por el que se desarrolla la Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria, y se regula el estatuto concesional de la red de expendedurías de tabaco y timbre. *Boletín Oficial del Estado*, de 10 de septiembre de 2014, núm 220, p. 70353 a 70367.
 51. Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, de 28 de Marzo de 2014, núm 76, p. 26967 a 27004.
 52. Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación Dirección General De Salud Pública, Calidad E Innovación. Julio de 2014. [Citado 15 Abril 2015] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrillosElectronicos.pdf>
 53. Electronic cigarettes. FDA U.S. Food and Drug Administration [Internet] 2009 [citado 15 Abril 2015] Disponible en: <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm173327.htm>
 54. The BBC website. El padre del “artefacto más mortífero” de la historia. BBC website [Internet]. 2012 [citado 12 Enero 2015]. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/12/121211_cigarrillos_inventor_james_buchanan_duke_np
 55. Tabaco en la 2ª Guerra Mundial (Nazi). Curiosidades de la IIGM. [Internet]. [Citado 19 Febrero 2015]. Disponible en: <http://segundaguerramundial.es/tabaco-en-la-segunda-guerra-mundial-nazis/>

56. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª Revisión. CIE-10. Publicación científica No. 554. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial De La Salud. 2003.
57. Red Europea de Hospitales sin Humo. Guía de implantación. Ministerio de Sanidad 2005.
58. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. [Citado 20 Febrero 2015]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_TFI_11.3_spa.pdf?ua=1]
59. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health [Internet]. 2014 [citado 20 Feb 2015]. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/index.htm
60. Holford TR, Meza R, Warner KE, Meernik C, Jeon J, Moolgavkar SH, Levy DT. Tobacco control and the reduction in smoking-related premature deaths in the United States, 1964-2012. JAMA. 2014;311:164-71.
61. Banegas JR, Gañán LD, Enríquez JG, Álvarez FV, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med Clin (Barc). 2005; 124(20):769-71.
62. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine 2006; 3(11):2011-30.
63. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. [Internet]. [Citado 20 Febrero 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf
64. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011/12. [Internet]. [Citado 20 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
65. Jiménez–Ruiz CA, Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Villasante C, Masa JF, et al. Análisis del tabaquismo en España a la luz de los resultados del Estudio IBERPOC. Prev Tab. 2000; 2(3): 189-93.

-
66. Gabriel R, Alonso M, Segura A, Tormo M. J, Artigao L M, Banegas JR, et al. Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61(10): 1030-40.
 67. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2012. [Internet]. [Citado 18 Noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
 68. Villalbí JR, Suelves JM, García-Continente X, Saltó E, Ariza C, Cabezas C. Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España. *Aten Primaria.* 2012; 44(1):36-42.
 69. EDADES 2013. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [Internet] [Citado 6 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
 70. Ariza C, García-Continente X, Villalbí JR, Sánchez-Martínez F, Pérez A, Nebot M. Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. *Gac Sanit.* 2014; 28(1): 25-33.
 71. World Health Organization. Why tobacco is a public health priority. [Internet]. [Citado 23 Febrero 2015]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/print.html
 72. López A, Pinilla J. Evaluación del impacto de la Ley de Medidas Sanitarias Contra el Tabaquismo sobre los costes empresariales y los costes sanitarios. Informe para el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo [Internet]. 2005 [citado 23 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/1107LOPeVa1.pdf>
 73. Evaluación del control del tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Resumen ejecutivo, abril 2009.
 74. Plans-Rubió P. Cost-effectiveness of cardiovascular prevention programs in Spain. *Int J Technol Assess Health Care.* 1998; 14(2):320-30.
 75. Ortega G, Cabezas C, Almeda J, Saez M, Ballvé JL, Pascual JA, et al. Effectiveness of a brief primary care intervention to reduce passive smoking in

- babies: a cluster randomised clinical trial. *J Epidemiol Community Health*. 2015; 69:249-60.
76. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011; 377(9760):139-46.
77. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. [Internet]. [Citado 23 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
78. Córdoba R. Impacto potencial en la prevalencia y en la mortalidad de las medidas de prevención y control del tabaquismo. Informe del CNPT Diciembre 2010.
79. De la Cruz E. Guía de tabaquismo en Pediatría. Alicante: Editorial Club Universitario; 2014.
80. Martína RM, Bayleb, MS. Tabaquismo pasivo en la infancia y patología respiratoria de las vías bajas en una consulta de Atención Primaria. *Pediatría de atención primaria*. 2009; 11(44):587-95.
81. De la Cruz E, Hidalgo MJ, Bustamante R, Lobregad C, Gómez H, Schwarz H. El pediatra frente al tabaquismo: Una actuación necesaria. *Prev Tab*. 2002; 4(2):86-92.
82. Dietz PM, England LJ, Shapiro-Mendoza CK, Tong VT, Farr SL, Callaghan WM. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. *Am J Prev Med*. 2010; 39(1):45-52.
83. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Strategy for Tobacco Control. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
84. Granero LI, Villalbí JR, Gallego R. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro tabaco en España. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18(5):374-9.
85. Tobacco industry versus tobacco control. (Editorial). *Lancet*. 2012; 379(9830):1924.
86. Framework Convention Alliance for Tobacco Control Alianza para el Convenio Marco. [Internet]. [Citado 23 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/9esp.pdf>
87. Saffer, H, Chaloupka, F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *J Health Econ*. 2000; 19(6):1117-37.

-
88. Laugesen M, Meads C. Tobacco advertising restrictions, price, income and tobacco consumption in OECD countries, 1960–1986. *Br J Addict.* 1991; 86(10):1343-54.
 89. Hansen MD. Estrategias de la industria del tabaco en España: grupos de presión, marketing y publicidad al servicio de un producto adictivo. *Med Clin (Barc).* 2005; 124:220-2.
 90. Sarría A, Cotés M, Elder J. Análisis de la campaña publicitaria de la marca de tabaco *fortuna* durante el bienio 1999-2000. *Rev Esp Salud Pública.* 2001; 75: 107-14.
 91. Mossella MC. La publicidad del tabaco y los adolescentes. Unión Internacional Contra el Cáncer, Bruselas. [Internet]. [Citado 23 Febrero 2015]. Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/cap7.pdf
 92. Zabala J. Tabaco: llega la “revolución caqui” [Internet]. 2014 [citado 23 Febrero 2015]. Disponible en: http://www.sedet.es/webcms/index.php?menu=noticias&submenu=ver_noticia&id_noticia=13474
 93. Ariza C, Nebot M. La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones.* 2004; 16 Supl 2:359-78.
 94. Inglés CJ, Delgado B, Bautista R, Torregrosa MS, Espada JP, García-Fernández JM, et al. Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *Int J Clin Health Psychol.* 2007; 7(2):403-20.
 95. Espada J, Méndez X, Botvin G, Kenneth G, Orgilés M, Rosa A. ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un metaanálisis de los programas en España. *Psicología conductual* 2002; 10(3):581-602.
 96. Cogollo Z. La prevención del inicio del consumo de cigarrillo en escolares: una mirada crítica a los estudios basados en la escuela. *Rev. salud pública.* 2013; 15 (2):307-15.
 97. Thomas R, Perera R. Programas escolares de prevención del hábito de fumar. *Cochrane Plus,* 2008; 3.
 98. Peterson AV, Mann SL, Kealey KA, Marek PM. Experimental design and methods for school-based randomized trials: Experience from the Hutchinson Smoking Prevention Project (HSSP). *Control Clin Trials.* 2000; 21:144-65.

99. Gómez-Cruz G, Barrueco M, Aparicio I, Maderuelo JA, Torrecilla M. Programa de prevención del tabaquismo en alumnos de enseñanza secundaria. *Arch Bronconeumol.* 2009;45(1):16-23.
100. Gómez-Fraguela JA, Luengo M, Romero E. Los efectos del programa "Construyendo Salud" en la prevención del consumo de tabaco. *Prev Tab.* 2000; 2(2): 81-8.
101. 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 meta-análisis? *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 175-87.
102. Müller-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.
103. Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD004493. DOI: 10.1002/14651858.CD004493.pub2.
104. Baxi R, Sharma M, Roseby R, Polnay A, Priest N, Waters E, Spencer N, Webster P. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD001746. DOI: 10.1002/14651858.CD001746.pub3.
105. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub4.
106. Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub4.
107. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet.* 2010; 376(9748):1261-71.
108. Britton J. Tobacco control efforts. *Lancet.* 2013; 381(9877):1588-95.
109. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet.* 2007; 369(9570):1391-401.

-
110. Colomer J, Cortes O, Esparza MJ, Galbe J, García J, Martínez A, et al. Programa de la infancia y la adolescencia. *Aten Primaria*. 2014; 46 Suppl 4:99-117.
 111. Galbe L y Grupo PrevInfan/PAPPS. Prevención del tabaquismo en la Adolescencia. *PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia*. 2006 Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_tabaco.pdf
 112. Mullen D, Ramírez G, Groff JY. A metaanalysis of randomised trials of prenatal smoking cessation interventions. *J of Obstetrics & Gynecology*. 1994; 17(1):1328-34.
 113. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Reviews* 2004 Oct 18;(4):CD001055.
 114. Moneo I, Forés A, Esteller M. Tabaquismo. Papel del Pediatra de Atención Primaria. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-8) [Internet]. 2013 [citado 24 Febrero 2015]. Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>
 115. Gervais A, O'Loughlin J, Meshefedjian G, Bancej C, Tremblay M. Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. *CMAJ*. 2006; 175(3): 255-61.
 116. Thorndike A, Ferris T, Randall S, Stafford S, Rigotti NA. Reports of U.S: physicians counselling adolescents about smoking. *Journal of the National Cancer Institute*. 1999; 91(21):1857-63.
 117. Secker-Walker RH, Warden JH, Holland RR, Flynn BS, Detsky S. A mass media programme to prevent smoking among adolescence: cost and cost-effectiveness. *Tob Control*. 1997; 6(3):207-12.
 118. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Preparar un proyecto de investigación. Barcelona: SG editores, 1991.
 119. Guyatt G, Rennie D. Guía para usuarios de literatura médica. Manual para la práctica clínica basada en la evidencia. Barcelona: ARS Médica, 2004.
 120. Patrias K. Citing Medicine: The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers 2nd edition. Wendling D. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US) [Internet]. 2007 [citado 16 Julio 2014]. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>
 121. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992; 47(9):1102-14.

122. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict.* 2004; 13(2):103-19.
123. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin.* 2011; 136:97-102.
124. Tuckman BW. Developmental sequences in small groups. *Psych Bul* 1965; 63: 384.
125. Moyer V and UPSTF. Primary care interventions to prevent tobacco use in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendations statement. . *An Intern Med* 2013; 159(8):552-8.
126. Patnode CD, O'Connor E, Whitlock EP, Perdue LA, Soh C. Primary Care Relevant Interventions for Tobacco Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *An Intern Med.* 2013;158:253-260.
127. Ibañez Pradas V, Suwezda A. Una nueva intervención para la prevención y cese del consumo de tabaco en la consulta pediátrica parece ser poco efectiva y costosa. *Evid Pediatr.* 2008; 4: 71.
128. Camarelles F, Dalmau R, Clemente L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano J,A, Pinet C y grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) . Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc).* 2013;140(6):272.e1-272.e12.
129. Pedrol MT, Tolosana M, Soler MT, Taló M, Godoy P. Prevalencia de menores de 18 años expuestos al humo de tabaco en vehículo. *An Pediatr (Bar).* 2013;79(6):377-80.
130. Martínez-Sánchez JM, Curto A, Martín-Sánchez JC, Fernández E. Prevalencia de menores de 14 años expuestos al humo del tabaco en vehículos en la ciudad de Barcelona. *An Pediatr.* 2014; 80(3):193-5.
131. Martínez-Sánchez JM, Gallus S, Lugo A, Fernandez E, Invernizzi G, Colombo P, et al. Smoking while driving and public support for car smoking bans in Italy. *Tob Control.* 2014; 23(3):238-43.
132. Nebot M, López MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, et al. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control.* 2005; 14(1):60-3.

-
133. Muggli ME, Lochart NJ, Ebbert JO, Jimenez-Ruiz CA, Riesco JA, Hurt R.D. Legislating tolerance: Spain's national public smoking law. *Tob Control*. 2010; 19:24-30.
134. Catalina C, Gelpi JA, Cortés MV, Martín J. Evolución en España del consumo de tabaco en población trabajadora desde la entrada en vigor de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84(2):223-7.
135. Catalina C, Sainz JC, Quevedo L, Cortés MV, Pinto JA, Gelpi JA, et al. Prevalencia del consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010. *Rev Esp Salud Pública* 2012; 86 (2):177-88.
136. Jiménez-Ruiz CA, Riesco JA, Hurt RD, Ramos A, Solano S, Carrion F. Study of impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health*. 2008; 18:622-5.
137. Silagy C, Stead LI. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD000165.
138. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD001055.
139. Mullen D, Ramírez G, Groff JY. A metaanalysis of randomised trials of prenatal smoking cessation interventions. *Am J Obstet Gynecol*. 1994; 17(1):1328-34.
140. Curry S, Ludman E, Grothaus E, Stout J, Lozano P. Pediatric based Smoking program for low income women. A Randomised Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003; 157(3):295-302.
141. Riesco JA, Jiménez-Ruiz CA, Carrión F, Solano S, Ramos A, Grávalos J, et al. Estudio del impacto de la Ley 28/2005 sobre la prevalencia de tabaquismo y cambios en la actitud de los españoles. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45 (Supl Congreso Nacional):140.
142. Villalbí JR. Valoración de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83:805-20.
143. Córdoba R, Nerín I, Galindo V, Alayeto C, Villaverde-Royo MV, Sanz C. Impacto de la nueva legislación sobre tabaquismo (Ley 42/2010) en los niveles de humo ambiental de tabaco en locales de hostelería.
144. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 4. Art. No.:

- CD005992. DOI: 10.1002/14651858.CD005992.pub2. [Internet]. [Citado 9 Marzo 2015] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005992.pub2/abstract;jsessionid=7B9621DC0B8A4AC7973BA31DEC01EA3A.f02t01>
145. Baxi R, Sharma M, Roseby R, Polnay A, Priest N, Waters E, Spencer N, Webster P. Family and care smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD001746. DOI: 10.1002/14651858.CD001746.pub3. [Citado 9 Marzo 2015] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001746.pub3/abstract>
146. Callen M, González E, Garmendia A, Mintegui J, Emparanza JI. Efecto del tabaquismo pasivo sobre la función pulmonar del niño asmático. *An Esp Pediatr* 1997; 47:383-8.
147. Altet MN, Pascual MT, Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control *An Esp Pediatr* 2000; 52: 168-77.
148. Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, et al. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD001746. DOI: 10.1002/14651858.CD001746.pub2.[Internet]. [Citado 9 Marzo 2015]. Disponible en:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001746.pub2/abstract>
149. Ortega G, Cabezas C, Almeda J, Sáez M, Ballvé JL, Pascual JA et al. Effectiveness of a brief primary care intervention to reduce passive smoking in babies: a cluster randomised clinical trial. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69(3):249-60.
150. RESOLUCIÓN de 27 de mayo de 2004, del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre del Área del Monopolio. *Boletín Oficial del Estado*, de 29 de mayo 2004, núm 130, p19924. [Internet]. [Citado 9 Marzo 2015] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/05/29/pdfs/A19924-19924.pdf>
151. RESOLUCIÓN de 1 de julio 2004, del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de

- tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre del Área del Monopolio. Boletín Oficial del Estado, de 3 de julio 2004, núm 160, p 24640 a 24641. [Internet]. [Citado 9 Marzo 2015] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2004/07/03/pdfs/A24640-24641.pdf>
152. RESOLUCIÓN de 29 de septiembre de 2004, del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre del Área del Monopolio. Boletín Oficial del Estado, de 2 de octubre 2004, núm 238, p 33204. [Internet]. [Citado 9 Marzo 2015] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2004-17004.
153. RESOLUCIÓN de 15 de Enero 2009, de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre del Área del Monopolio. Boletín Oficial del Estado, de 16 de enero 2009, núm 14, p 4646 a 4648. [Internet]. [Citado 9 Marzo 2015] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/01/16/pdfs/BOE-A-2009-763.pdf>
154. RESOLUCIÓN de 15 de junio de 2009 de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre del Área del Monopolio e Illes Balears. Boletín Oficial del Estado, de 16 de junio de 2009, núm 238, p. 33204. [Internet]. [Citado 9 Marzo 2015] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/06/16/pdfs/BOE-A-2009-9979.pdf>
155. Resolución de 18 de enero de 2010, de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre de la Península e Illes Balears. Boletín Oficial del Estado, de 19 de enero 2009, núm 16, p. 5205 a 5206. [Internet]. [Citado 9 Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/01/19/pdfs/BOE-A-2010-834.pdf>
156. RESOLUCIÓN de 9 de diciembre de 2010, de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre del Área del Monopolio. Boletín Oficial del Estado, de 10 de diciembre 2010, núm 300, p. 102271 a 102276. [Internet]. [Citado 9 Marzo 2015] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/12/10/pdfs/BOE-A-2010-19042.pdf>

157. RESOLUCIÓN de 1 de julio de 2011, de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre del Área del Monopolio. Boletín Oficial del Estado, de 2 de julio de 2011, núm 157, p. 70305 a 70308. [Internet]. [Citado 9 Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/02/pdfs/BOE-A-2011-11342.pdf>
158. RESOLUCIÓN de 22 de julio de 2011, de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre del Área del Monopolio. Boletín Oficial del Estado, de 23 de julio de 2011, núm 176, p. 82068 a 82069. [Internet]. [Citado 9 Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/23/pdfs/BOE-A-2011-12719.pdf>
159. RESOLUCIÓN de 1 de julio de 2014, de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre de la Península e Illes Balears. Boletín Oficial del Estado, de 2 de julio de 2014, núm 160, p. 50594 a 50596. [Internet]. [Citado 9 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/02/pdfs/BOE-A-2014-6923.pdf>
160. RESOLUCIÓN de 2 de julio de 2014, de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de Tabacos, por la que se publican los precios de venta al público de determinadas labores de tabaco en Expendedurías de Tabaco y Timbre de la Península e Illes Balears. Boletín Oficial del Estado, de 3 de julio de 2014, núm 161, p. 50910 a 50912. [Internet]. [Citado 9 Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/03/pdfs/BOE-A-2014-6967.pdf>
161. Franco JA, Pérez-Trullén A, García A, Marrón R, Clemente ML, Rubio E. ¿Qué conocemos y qué actitud se puede tomar acerca del consumo de tabaco en la educación no formal? Arch Bronconeumol 2004; 40(1):10-6.
162. Okagua J, Opara P, Alex-Hart BA. Prevalence and determinants of cigarette smoking among adolescents in secondary schools in Port Harcourt, Southern Nigeria. Int J Adolesc Med Health. 2015. En prensa [Internet]. [Citado 9 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Okagua+J%2C+Opara+P%2C+Alex-Hart+BA.+Prevalence+and+determinants+of+cigarette+smoking+among+adolesc>

- ents+in+secondary+schools+in+Port+Harcourt%2C+Southern+Nigeria.+Int+J+Ad
olesc+Med+Health.+2015+Jan+23
163. De la Cruz E, Tuells JV, Monferrer R, grupo S.E.D.E.T. Educación sanitaria como instrumento útil en la disminución del consumo de tabaco en los adolescentes. *Prev Tab* 2001; 3(1): 5-12
164. Distribuciones de frecuencia marginales del Estudio 2751. Hábitos relacionados con el tabaco. Encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas. Febrero 2008. [Internet] [Citado 16 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencms/-archivos/Marginales/2740_2759/2751/e275100.html
165. Rodríguez-San Julián E, Megías E, Megías I, Rodríguez-Felipe MA, Rubio A. La percepción social de los problemas de drogas en España 2014. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid. 2014 [Internet] [Citado 10 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.fad.es/sites/default/files/PERCEPCI%C3%93N%20SOCIAL_0.pdf
166. Córdoba R, Samitier E. 50 Mitos del tabaco. Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón. [Internet] 2009 (citado 11 Marzo 2015) Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/Libro_50_Mitos_Tabaco.pdf
167. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. 2014. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2014 [Internet] (Citado 11 Marzo 2015). Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/exec-summary.pdf>
168. Jiménez-Muro A, Beamonte A, Marqueta A, Gargallo P, Nerín I. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 2009; 21(1):21-8.
169. Instituto de Investigación de Drogodependencias. [Internet] 2005 [Citado 11 Marzo 2015] Disponible en: <http://inid.umh.es/?mod=noticias2&ct=noticia.asp&ID=612>
170. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. 2009. [Internet] [Citado 12 Marzo 2015] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios-primaria>

171. Martín-Blasco E, González JM. La nueva ley del tabaco. Encuesta a la población española de 18 a 75 años. Abril 2011. [Internet] [Citado 14 Marzo 2015] Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/Encuesta%20OCU%20ley%20tabaco%20-%20Informe%20de%20resultados%20Abril%202011.pdf
172. Galán I, López M.J. Tres años con Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo: aire más limpio, pero no lo suficiente. *Gac Sanit.* 2009; 23:87-90.
173. Galán I, Mata N, Estrada C, Díez-Gañán L, Velázquez L, Zorrilla B, et al. Impact of the "Tobacco control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health*, 2007; 7:224.
174. Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C, Thomas WM, Estacio RO, Bartelson BB, et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation* 2006; 114:1490-96.
175. Khuder SA, Milz S, Jordan T, Price J, Silvestri K, Butler P. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. *Prev Med* 2007; 45:9-11.
176. Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 2006; 27:2468-72.
177. Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admission for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *Br Med J* 2004; 328:977-80.
178. Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *J Epidemiol Community Health.* 2014; 68(3):280-2.
179. Ruhm C.J. Healthy living in hard times. *J Health Econ.* 2005; 24:341-63.

ANEXOS

ANEXO 1 (1.1): Encuesta inicial

1

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Estamos realizando un estudio de salud sobre el tabaquismo, para recoger la información y las actitudes que se tienen sobre el consumo de tabaco tanto de la población infantil como de sus padres y/o tutores.

Conocer cuántos niños son fumadores pasivos, cuántos adolescentes se inician en el consumo de tabaco, la información y actitud que se tiene sobre el tabaquismo, tanto de los padres y/o tutores como de los propios niños, puede ayudarnos a planificar intervenciones sanitarias concretas para evitar que la salud de sus hijos pueda verse perturbada y programar las ayudas necesarias para intentar abandonar el consumo de tabaco.

Le solicitamos, por tanto, su colaboración en este estudio de investigación clínica. Por supuesto, su participación es totalmente voluntaria y si usted decide no participar en el estudio, su decisión no repercutirá en absoluto en sus cuidados médicos ni en el de sus hijos.

La información que se recoja sobre todos los participantes será mecanizada en un archivo informático y tratada confidencialmente. Ningún paciente será identificado personalmente en la comunicación y publicación de los resultados.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- cuando quiera
- sin tener que dar explicaciones
- sin que repercuta en mis cuidados

Así doy y firmo mi consentimiento para participar en dicho estudio, en,
 en fecha:(LA HA DE PONER EL PARTICIPANTE)

Fdo: (participante) _____

D/Dña:, pediatra o enfermero/a colegiado/a con el n.º....., he informado de todo lo anterior al firmante, aclarando sus dudas y apreciando su comprensión de todos los términos expuestos.

Fdo: _____

ANEXO 1 (1.2): Encuesta inicial

2

1. Encuesta N°:

2. Número de Historia:

3. Unidad familiar:

4. INTERVENCIÓN: INICIAL
 ANUAL

1. C.S. Albacete
2. C.S. Alcuescar
3. C.S. Arévalo
4. C.S. Carbajosa
5. C.S. Fuentesauco
6. C.S. Ledesma
7. C.S. San Juan
8. C.S. Tamames.
9. C.S. Villares
10. C.S. Zamora

5. Sexo: _____ 6. Edad: _____

7. Sexo: _____ 8. Edad: _____

Teléfono: _____

Nombre del niño: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

(Circule lo que proceda)

Las siguientes preguntas hacen referencia a su hijo/a:

9. ¿En qué curso está actualmente?: _____

10. ¿Cuántas veces ha estado enfermo en el último año (aproximadamente)? (Señale con una x lo que corresponda)

Nunca Entre seis y diez veces
 Una o dos veces Más de diez veces
 Entre tres y cinco veces

11. ¿Cuántas veces ha faltado al colegio en el último año por estar enfermo (aproximadamente)? (Señale con una x lo que corresponda)

Nunca Entre seis y diez veces
 Una o dos veces Más de diez veces
 Entre tres y cinco veces

12. ¿Qué enfermedades han motivado la asistencia de su hijo a la consulta de pediatría? (Señale con una x lo que corresponda. Puede contestar varias opciones)

Otitis Bronquitis
 Faringitis/Amigdalitis/Laringitis Asma
 Sinusitis Otros: _____
 Neumonía

13. ¿Cree usted que su hijo fuma? (Señale con una x lo que corresponda)

Estoy seguro/a que no Creo que sí
 Estoy seguro/a que sí No lo sé
 Creo que no

ANEXO 1 (1.3): Encuesta inicial

3

14. ¿Sabe si su hijo/a tiene amigos que fuman? (Señale con una x lo que corresponda)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estoy seguro/a que no | <input type="checkbox"/> Creo que sí |
| <input type="checkbox"/> Estoy seguro/a que sí | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Creo que no | |

Las siguientes preguntas hacen referencia al entorno donde viven:

15. ¿Cuántas personas, sin contar al niño conviven en el domicilio? (Señale con una x lo que corresponda y si fuman o no).

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Padre/pareja | Fuma: Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Madre/pareja | Fuma: Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hermanos: ¿cuántos?: _____ | Fuma: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____ | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Abuelos: ¿cuántos?: _____ | Fuma: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____ | No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Otros: especificar: _____ | Fuma: Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| En total son: _____ personas | En total fuman: _____ personas | |

16. ¿En su domicilio se fuma? (Señale con una x lo que corresponda).

- Si
 No

17. En caso afirmativo ¿en qué lugar de su domicilio fuman habitualmente? (Señale con una x lo que corresponda, puede señalar varias si fuera el caso):

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Salón | <input type="checkbox"/> Balcón/terrace |
| <input type="checkbox"/> Cocina | <input type="checkbox"/> En cualquier lugar del domicilio |
| <input type="checkbox"/> Baño | <input type="checkbox"/> Otro lugar (especificar): _____ |

18. ¿Cuántas habitaciones tiene su domicilio, excluidos el salón, cocina, y baños?: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a usted como padre/madre/tutor/a:

19. ¿Qué nivel de estudios tiene? (Señale con una x lo que corresponda)

- Primarios
 Formación Profesional
 Bachillerato
 Universitarios

ANEXO 1 (1.4): Encuesta inicial

4

20. ¿Independientemente de los trabajos domésticos, tiene algún otro trabajo? (Señale con una x lo que corresponda)

- Sí, trabajo por mi cuenta (autónomo)
- Sí, tengo otro trabajo remunerado (trabajo por cuenta ajena).
- No

21. ¿Está satisfecho con su trabajo? (Señale con una x lo que corresponda)

- Si
- No

22. ¿Es usted fumador? (Señale con una x lo que corresponda)

- Si
- No
- Exfumador

23. Monóxido de carbono en consulta: _____ ppm (este dato lo rellenará su médico)

▶ SI NO HA FUMADO NUNCA pase directamente a la pregunta 37
▶ SI HA FUMADO EN ALGUNA OCASIÓN, AUNQUE, EN LA ACTUALIDAD NO FUME pase a la pregunta 36.
▶ SI FUMA ACTUALMENTE CONTESTE A TODAS LA PREGUNTAS.

24. ¿Qué cantidad de tabaco fuma?

- ¿Cuántos Cigarrillos?: _____ al día _____ a la semana
- ¿Cuántos puros?: _____ al día _____ a la semana
- ¿Cuántos puritos?: _____ al día _____ a la semana
- ¿Cuántas pipas?: _____ al día _____ a la semana

25. ¿Cuántos años lleva fumando?: _____ años

26. ¿A qué edad empezó a fumar?: a los _____ años

27. Paq_año (este dato lo calcula el médico): _____

28. ¿Fuma en su domicilio? (Señale con una x lo que corresponda).

- Si
- No

29. ¿Cuál es el principal motivo que tiene para seguir fumando? (Señale con una x lo que corresponda)

- No puede dejarlo
- Me gusta fumar
- Lo necesito para realizar las actividades cotidianas
- Otro (especificar) _____

ANEXO 1 (1.5): Encuesta inicial

5

30. A continuación realice el siguiente test que mide la dependencia a la nicotina y realice la suma colocándola en las casillas correspondientes:

Test de Fagerström modificado.		
¿Cuánto tiempo tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	> 60 minutos	0
¿Tiene dificultad para no fumar en los sitios prohibidos?	Sí	1
	No	0
¿Cuál es el cigarrillo más deseado?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	< 11	0
¿Fuma más durante las mañanas?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aún estando en la cama enfermo?	Sí	1
	No	0

Dependencia baja, menor de 5 puntos
Dependencia moderada, entre 5 y 6 puntos
Dependencia alta, mayor de 7 puntos

Puntuación TOTAL:

Las preguntas 31, 32 y 33 sólo son para las madres.

31. Si usted es la madre ¿Fumó durante el embarazo?

- Sí
 No

32. Si dejó de fumar durante el embarazo ¿Cuándo volvió a fumar?

- No he vuelto a fumar
 Durante la lactancia
 Después de la lactancia

33. Si dejó de fumar durante el embarazo ¿Por qué volvió a fumar?

- Stress
 Ansiedad, irritabilidad, mal humor, nerviosismo
 Disgusto familiar o de otro tipo
 Porque me gusta
 Otro (especificar): _____

ANEXO 1 (1.6): Encuesta inicial

Las siguientes preguntas son sobre la motivación para dejar de fumar (para todos)

34. A continuación realice el siguiente test que mide la motivación para dejar de fumar y realiza la suma colocándola en las casillas correspondientes:

¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?:	No Sí	0 puntos 1 punto
¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?:	Nada en absoluto Algo Bastante Muy seriamente	0 puntos 1 punto 2 puntos 3 puntos
¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?:	Definitivamente no Quizás Sí Definitivamente sí	0 puntos 1 punto 2 puntos 3 puntos
¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?:	Definitivamente no Quizás Sí Definitivamente sí	0 puntos 1 punto 2 puntos 3 puntos

Puntuación menor o igual a 6: baja motivación.
Puntuación entre 7 y 9: moderada motivación.
Puntuación igual a 10: alta motivación.

TOTAL:

35. Si decidiera dejar de fumar, ¿Cuál sería el motivo principal? *(Señale con una x lo que corresponda)*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Por mi salud
<input type="checkbox"/> Por mis hijos
<input type="checkbox"/> Por dinero (gasto mucho al final del mes) | <input type="checkbox"/> Por la presión social
<input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |
|---|---|

36. A continuación conteste a las siguientes preguntas para saber en que fase se encuentra en el proceso de abandono del tabaco *(Señale con una x lo que corresponda)*

- No me planteo el abandono del tabaco, al menos en los próximos 6 meses: Precontemplación
- Me planteo dejar de fumar pero no de forma inmediata, en unos 6 meses: Contemplación
- Quiero dejar de fumar de aquí al próximo mes: Preparación
- He dejado de fumar hace menos de un mes: Acción
- Llevo más de 6 meses sin fumar: Mantenimiento

ANEXO 1 (1.7): Encuesta inicial

7

A partir de esta pregunta es para todos los padres/tutores, sean o no fumadores, y son sobre los factores que pueden influir en los jóvenes en el inicio al consumo de tabaco y de la información que se tiene sobre el tabaquismo:

37. Piensa que el ser o no fumadores pudiera influir en el hecho de que en un futuro sus hijos fumen o sean ya fumadores) (Señale con una x lo que corresponda)

- Sí
- No

38. ¿Qué factor piensa que pueden influir más en el inicio del consumo de tabaco de los niños/jóvenes? (Señale con una x lo que corresponda)

- El que sus padres sean o no fumadores
- La publicidad
- Que tengan amigos fumadores
- La falta de perspectiva de futuro
- Otros (especificar).....

39. ¿Considera que el tabaco es perjudicial para la salud? (Señale con una x lo que corresponda)

- Mucho
- Poco
- Sí, pero depende del tipo de tabaco

40. ¿Considera que el tabaco light es menos dañino? (Señale con una x lo que corresponda)

- Sí
- No

41. ¿Considera al tabaco como una droga? (Señale con una x lo que corresponda)

- Sí
- No

42. Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa ¿Por qué lo considera como una droga? (Señale con una x lo que corresponda)

- Porque crea dependencia física y psicológica
- Porque al dejar de fumar se presenta el síndrome de abstinencia
- Por todo lo anterior

ANEXO 1 (1.8): Encuesta inicial

8

43. ¿Qué consideración le merece el humo ambiental derivado del consumo de cigarrillos? (Señale con una x lo que corresponda)

- El humo del cigarrillos que se queda en el medio ambiente es menos perjudicial que el humo que traga el fumador
- Es tan peligroso o más que el humo que respira el fumador
- No es peligroso ya que ha pasado por el filtro del cigarrillo.

44. ¿Cree que el tabaquismo es una enfermedad simplemente por el hecho de fumar? (Señale con una x lo que corresponda)

- Sí
- No

45. ¿Cree que el consumo de tabaco es el origen de múltiples enfermedades? (Señale con una x lo que corresponda)

- Sí
- No

46. ¿Cuántos productos cree que tiene el tabaco? (Señale con una x lo que corresponda)

- Tres: nicotina, alquitrán y monóxido de carbono
- Entre 400 y 1000
- Más de 4000

47. ¿Conoce algún tipo tratamiento específico para dejar de fumar? (Señale con una x lo que corresponda)

- Sí
- No

48. ¿Cree que su médico está preparado para ayudar a los fumadores a dejar de fumar? (Señale con una x lo que corresponda)

- Sí
- No

49. En el caso de que haya sido o sea fumador ¿Ha solicitado alguna vez ayuda para dejar de fumar? (Señale con una x lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> No, nunca he intentado dejar de fumar	<input type="checkbox"/> Sí, al profesional de enfermería
<input type="checkbox"/> No, cuando lo he intentado lo he hecho por mi cuenta.	<input type="checkbox"/> Sí, al farmacéutico
<input type="checkbox"/> Sí, al médico	<input type="checkbox"/> Sí, con acupuntura
	<input type="checkbox"/> Sí, con otro método (especificar): _____

ANEXO 1 (1.9): Encuesta inicial

9

50. Según su opinión ¿Dónde se debería dirigir el proceso de ayuda para dejar de fumar? *(Señale con una x lo que corresponda)*

- En el hospital
- En el centro de salud
- En ningún sitio, cada uno por su cuenta
- Tanto el hospital como en el centro de salud
- No lo sé

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2 (2.1): Encuesta telefónica pos implantación de las Leyes **28/2005 y 42/2010**

ENCUESTA TELEFÓNICA TRAS LA IMPLANTACION DE LAS LEYES 28/2005 Y 42/2010

1. ¿Es usted fumador?

Si
 No
 Exfumador

Las siguientes preguntas hacen referencia al entorno donde viven:

2. ¿En su domicilio se fuma?

Si
 No

3. En caso afirmativo ¿en qué lugar de su domicilio fuman habitualmente?

Salón
 Cocina
 Baño
 Balcón/terraza
 En cualquier lugar del domicilio
 Otro lugar (especificar): _____

▶ SI NO HA FUMADO **NUNCA** pasar directamente a la pregunta 9
▶ SI HA FUMADO EN **ALGUNA OCASION**, AUNQUE, EN LA ACTUALIDAD NO FUME pasar a la pregunta 8.
▶ SI FUMA ACTUALMENTE REALIZAR TODAS LA PREGUNTAS.

4. ¿Qué cantidad de tabaco fuma?

¿Cuántos Cigarillos?: _____ al día _____ a la semana

5. ¿Cuántos años lleva fumando?: _____ años

6. De las siguientes opciones ¿Cuál es el principal motivo que tiene para seguir fumando?

No puede dejarlo
 Me gusta fumar
 Lo necesito para realizar las actividades cotidianas
 Otro (especificar): _____

ANEXO 2 (2.2): Encuesta telefónica pos implantación de las Leyes **28/2005 y 42/2010**

2

7. Si decidiera dejar de fumar, ¿Cuál sería el motivo principal?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Por su salud | <input type="checkbox"/> Por la presión social |
| <input type="checkbox"/> Por sus hijos | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Por dinero (gasto de dinero al final del mes) | |

8. Respecto a la fase en la que se encuentra en el proceso de abandono del tabaco

- Se plantea el abandono del tabaco, al menos en los próximos 6 meses: Precontemplación
- Se plantea dejar de fumar pero no de forma inmediata, en unos 6 meses: Contemplación
- Quiere dejar de fumar de aquí al próximo mes:..... Preparación
- Ha dejado de fumar hace menos de un mes: Acción
- Lleva más de 6 meses sin fumar: Mantenimiento

A partir de esta pregunta es para todos los padres/tutores, sean o no fumadores, y son sobre los factores que pueden influir en los jóvenes en el inicio al consumo de tabaco y de la información que se tiene sobre el tabaquismo:

9. Piensa que el ser o no fumadores pudiera influir en el hecho de que en un futuro sus hijos fumen o sean ya fumadores)

- Sí
 No

10. ¿Qué factor piensa que pueden influir más en el inicio del consumo de tabaco de los niños/jóvenes?

- El que sus padres sean o no fumadores
 La publicidad
 Que tengan amigos fumadores
 La falta de perspectiva de futuro
 Otros (especificar).....

11. ¿Considera que el tabaco es perjudicial para la salud?

- Mucho
 Poco
 Sí, pero depende del tipo de tabaco

12. ¿Considera que el tabaco light es menos dañino?

- Sí
 No

ANEXO 2 (2.3): Encuesta telefónica pos implantación de las Leyes **28/2005 y 42/2010**

3

13. ¿Considera al tabaco como una droga?

Sí
 No

14. Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa ¿Por qué lo considera como una droga?

Porque crea dependencia física y psicológica
 Porque al dejar de fumar se presenta el síndrome de abstinencia
 Por todo lo anterior

15. ¿Qué consideración le merece el humo ambiental derivado del consumo de cigarrillos?

El humo del cigarrillo que se queda en el medio ambiente es menos perjudicial que el humo que traga el fumador
 Es tan peligroso o más que el humo que respira el fumador
 No es peligroso ya que ha pasado por el filtro del cigarrillo.

16. ¿Cree que el tabaquismo es una enfermedad simplemente por el hecho de fumar?

Sí
 No

17. ¿Cree que el consumo de tabaco es el origen de múltiples enfermedades?

Sí
 No

18. Sobre los productos que contiene el tabaco ¿Cuántos productos cree que tiene el tabaco?

Tres: nicotina, alquitrán y monóxido de carbono
 Entre 400 y 1000
 Más de 4000

19. ¿Conoce algún tipo tratamiento específico para dejar de fumar?

Sí
 No

20. ¿Cree que su médico está preparado para ayudar a los fumadores a dejar de fumar?

Sí
 No

ANEXO 2 (2.4): Encuesta telefónica pos implantación de las Leyes **28/2005 y 42/2010**

4

21. En el caso de que haya sido o sea fumador ¿Ha solicitado alguna vez ayuda para dejar de fumar?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, nunca he intentado dejar de fumar | <input type="checkbox"/> Sí, al farmacéutico |
| <input type="checkbox"/> No, cuando lo he intentado lo he hecho por mi cuenta. | <input type="checkbox"/> Sí, con acupuntura |
| <input type="checkbox"/> Sí, al médico | <input type="checkbox"/> Sí, con el cigarrillo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Sí, al profesional de enfermería | <input type="checkbox"/> Sí, con otro método (especificar): _____ |

22. Según su opinión ¿Dónde se debería dirigir el proceso de ayuda para dejar de fumar?

- En el hospital
- En el centro de salud
- En ningún sitio, cada uno por su cuenta
- Tanto el hospital como en el centro de salud
- No lo sé

ANEXO 2 (2.5): Encuesta telefónica pos implantación de las Leyes **28/2005 y 42/2010**

5

Preguntas respecto a la Ley antitabaco

Respecto a 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 y **Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010**

23. ¿Cree que las leyes antitabaco han servido de algo en la prevención del tabaquismo?

- Si
- No

24. ¿Cree que con la ley ha disminuido el número de fumadores?

- Si
- No

25. ¿Cree que las leyes antitabaco protegen la salud de su hijo?:

- Si
- No

26. En qué medida cree que dichas leyes protegen la salud de su hijo:

- Mucho
- Poco
- No se

27. ¿Cree que las leyes antitabaco protegen de la EAHT de su hijo?:

- Si
- No

28. ¿Cree que dichas leyes influirán para evitar que su hijo fume?:

- Si
- No

29. ¿En qué medida?

- Mucho
- Poco
- No se

ANEXO 2 (2.6): Encuesta telefónica pos implantación de las Leyes **28/2005 y 42/2010**

6

30. ¿Qué medidas creé que influyen más en la prevención en el inicio del consumo de tabaco?

- Las leyes antitabaco
- La educación en el colegio
- El entorno familiar
- El entorno de amigos

31. ¿Cree que las leyes antitabaco han cambiado su actitud frente al consumo de tabaco?

- Si
- No

32. ¿Cree que las leyes antitabaco han cambiado la actitud frente al consumo de tabaco de los fumadores?

- Si
- No

33. ¿Cómo ha influido la leyes en su actitud frente al tabaquismo.

- Le han ayudado a dejar de fumar.
- Me ayudan a mantenerme sin fumar
- Ha reducido el consumo
- Ser más respetuoso con los no fumadores.
- No sé

34. ¿Cómo cree que las leyes antitabaco han influido en la relación entre los fumadores y no fumadores?

- Ha sido favorable
- No ha influido
- Ha influido, pero de forma negativa

35. ¿Está de acuerdo con la posible derogación de las leyes antitabaco?

- Si
- No

36. ¿Cree que se respeta la Ley

- Si
- No

ANEXO 2 (2.7): Encuesta telefónica pos implantación de las Leyes **28/2005 y 42/2010**

7

Respecto a la **crisis** económica

37. ¿Cree que la crisis económica ha cambiado su actitud frente al consumo de tabaco?

- Si
- No

38. ¿Cree que la crisis económica ha cambiado la actitud frente al consumo de tabaco de los fumadores?

- Si
- No

39. En el caso de que usted fume, o haya sido fumador y haya dejado de fumar hace poco ¿Cómo ha influido la crisis económica?

- He dejado de fumar debido a la crisis, por el coste económico
- Me he planteado dejar de fumar
- No me ha influido, sigo fumando
- He vuelto a fumar por los problemas de la crisis

40. ¿Era usted fumador antes de la aplicación de la **Ley 28/2005**?

- Si
- No

41. En el caso de que usted fuera fumador antes la aplicación la **Ley 28/2005** y ahora ya no lo sea ¿Qué cree que puede haber influido más en el hecho de que haya dejado de fumar?

- La aplicación de la **Ley**
- La crisis económica
- Otros factores

Última pregunta

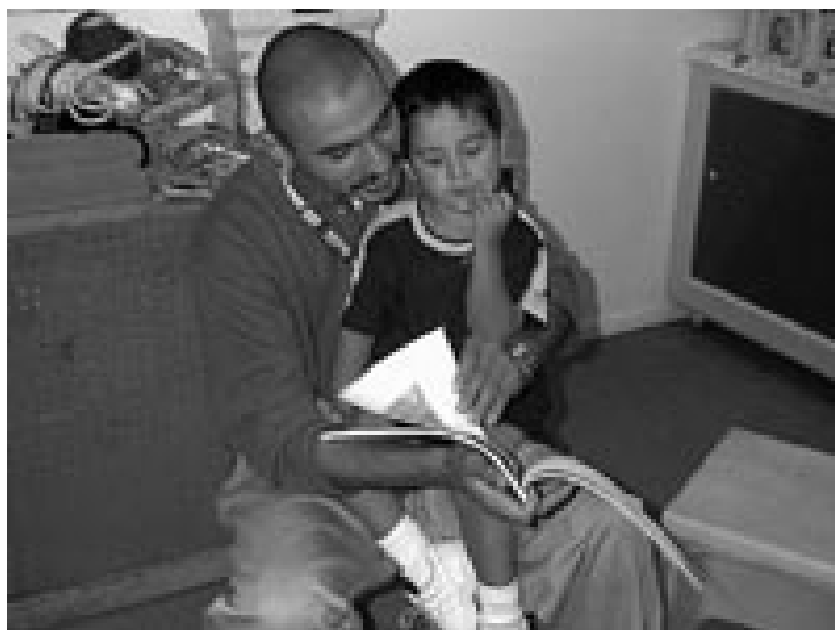
42. Le ha comentado su hijo/a si en el colegio le han hablado en alguna ocasión de la prevención del consumo de tabaco.

- Si
- No
- No recuerda

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3 (3.1): Folleto "Tú también puedes ayudar"

**Tú también puedes ayudar a tu
hijo....**



**...a gozar de mejor salud y a que
disfrute de la vida**

ANEXO 3 (3.2): Folleto "Tú también puedes ayudar"

HOJA INFORMATIVA SOBRE TABAQUISMO

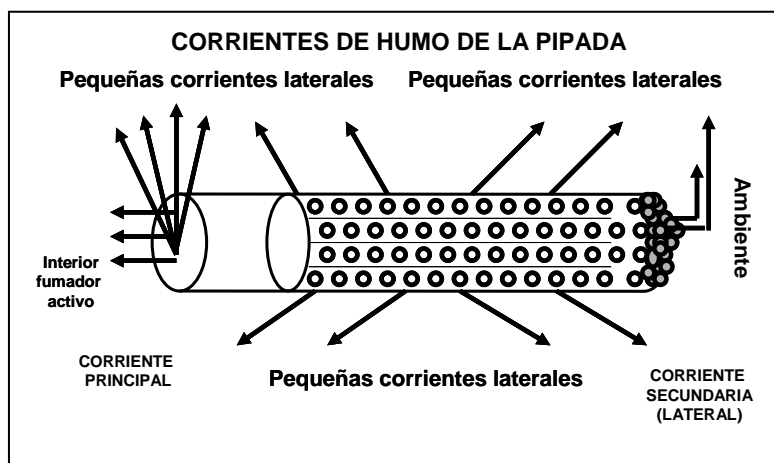
En el humo se han identificado más de 4000 sustancias, muchas de ellas nocivas para la salud. De ellas las más conocidas son la nicotina responsable de la adicción que produce el consumo de tabaco, el monóxido de carbono que origina una disminución del aporte de oxígeno a todo el organismo y daña las arterias de nuestro organismo, los alquitranes que pueden provocar cáncer en múltiples órganos y muchas sustancias oxidantes que producen bronquitis crónica e irritación de ojos, nariz y garganta. Nicotina que es una droga con tanta capacidad adictiva como la heroína y que es la responsable de la adicción que crea el consumo de tabaco.

El TABAQUISMO es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. En España es causante de unas 56.000 muertes anuales. De cada 1000 españoles que mueren uno es por causa del consumo de drogas ilegales, dos por el SIDA, veinte por accidentes de tráfico y 147 por problemas derivados del consumo de tabaco.

Pero tan perjudicial es el consumo de tabaco para el que fuma como para los que le rodean. El respirar el aire con humo de tabaco está relacionado con múltiples patologías, las mismas que presenta el fumador y, además, se considera que el tabaquismo es la tercera causa de muerte evitable.

ANEXO 3 (3.3): Folleto "Tú también puedes ayudar"

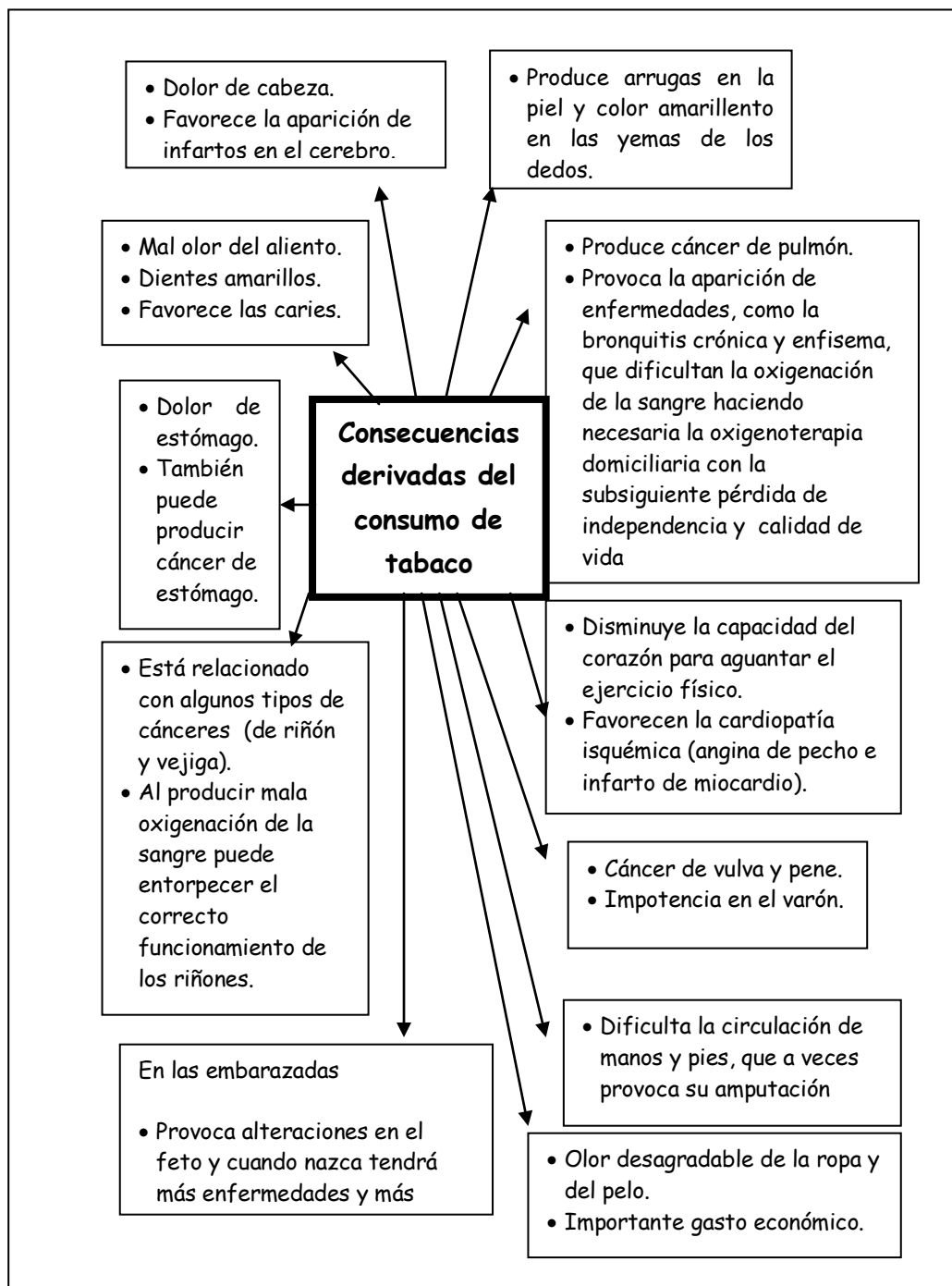
Cuando se fuma se producen dos corrientes de humo: la principal que es la que el fumador inhala y las laterales que es el humo que se escapa a través del papel, el que pasa por la boquilla pero que no se inhala y del foco de ignición. Pues bien, las concentraciones de algunas sustancias nocivas en el humo ambiente son mayores que las que aspira el fumador.

**CORRIENTES DE HUMO DE LA PIPADA**

Corriente Principal Corriente Secundaria

Temperatura del cono de ignición	900°C	600°C
Ph	5,8-6,1	6,9-8
Diámetro de las partículas	0,1-1,0	0,01-0,1
CO (mg)	10-23	25-108
CO ₂ (mg)	20-60	160-660
Benceno (mcrg)	12-48	120-480
Acroleínas (mcrg)	60-100	480-1.500
Nicotina (mg)	1,7-3,3	3,06-10,8
Fenol (mcrg)	60-140	96-420
Benzo-A- Pireno (ng)	20-40	50-140
Ácido acético (mcrg)	330-810	627-3.159

ANEXO 3 (3.4): Folleto "Tú también puedes ayudar"



ANEXO 3 (3.5): Folleto "Tú también puedes ayudar"

¿POR QUÉ LA PUBLICIDAD NOS HACE FUMAR?**EL NEGOCIO DEL TABACO**

El tabaco tiene detrás a una poderosa industria que hace publicidad para venderlo y ganar dinero.

Además, como es una droga que produce dependencia, hará que la gente después de empezar a fumar lo siga comprando.

LAS GANANCIAS QUE OBTIENE LA INDUSTRIA DEL TABACO SON ENORMES, por eso puede invertir mucho dinero en publicidad.

En España, en 1995 las empresas tabaqueras gastaron en publicidad alrededor de 10.000 millones de pesetas.

¿POR QUÉ SE HACE PUBLICIDAD DEL TABACO?

Las compañías tabaqueras necesitan la publicidad para introducirnos, a los niños y jóvenes, en el consumo y así poder mantener sus ganancias económicas.

¿A QUIÉN VA DIRIGIDA LA PUBLICIDAD DEL TABACO?

La mayoría de los anuncios de tabaco van dirigidos a los jóvenes. LOS JÓVENES SON UN OBJETIVO PRIORITARIO, ya que consiguiendo que fumen, probablemente se consiga un fumador para toda la vida.

¿QUÉ SE CONSIGUE CON LA PUBLICIDAD?

Las grandes multinacionales tabaqueras utilizan la publicidad para lanzar el mensaje de que fumar es bueno, es deseable, es lo normal y todo el mundo lo hace.

¡COMÉNTALO CON TU HIJO! ¡QUÉ NO SE DEJE ENGAÑAR!!, en realidad lo normal es no fumar, es mayoría la población que no fuma y fumar produce enfermedades.

Lo que de verdad pretenden es:

- aumentar el consumo de tabaco,
- fomentar el consumo de cigarros "Light" en aquellos que se plantean que el tabaco es dañino y pretenden fumar seguro, siendo en realidad igual de dañino para la salud
- hacer que los que quieren dejar de fumar no lo intenten.

¿DÓNDE SE HACE PUBLICIDAD Y PROMOCIÓN DEL TABACO?

En la radio, cine, revistas, vallas publicitarias y paradas de autobús.

De forma indirecta en cine y TV, en ropa de vestir y deportiva, promoviendo actos deportivos y culturales.

La contradicción es importante cuando se permite que el deporte que es saludable esté patrocinado por un producto dañino para la salud.

ANEXO 3 (3.6): Folleto “Tú también puedes ayudar”

¿CÓMO ACTÚA LA PUBLICIDAD DEL TABACO?

LA IMAGEN

Los anuncios asocian aventura, diversión, relación con los amigos, con el hecho de tener tabaco; utiliza situaciones ideales con personajes jóvenes, muy atractivos, llenos de vida y alegría.

Muy distinta es la realidad del tabaquismo, produciendo dientes y dedos amarillos, mal olor corporal, mal aliento y piel de la cara deshidratada, con más arrugas.

LA PUBLICIDAD nos dice que fumando seremos más atractivos, que nos hará sentir seguros, cuando en realidad NOS ESTÁ HACIENDO ESCLAVOS DE SU CONSUMO.

LOS COLORES

El color se utiliza para provocar, para llamar la atención de tu hijo y que se sienta atraído hacia el tabaco.

EL ROJO es el más llamativo. Está asociado a la acción, a la juventud, a la vida, a la alegría a la seducción. Fíjate bien, todas las marcas de tabaco lo utilizan.

EL AZUL es relajante, simboliza el cielo y el agua, da serenidad, confianza. Lo usan todos los tabacos “Light”.

EL AMARILLO es un color de “ambiente”, de sol, invita a la jovialidad y al placer. Se utiliza en tabacos dirigidos expresamente a mujeres.

El uso del color no es por casualidad, ninguna marca de tabaco hace publicidad con colores grises o negros

EL LENGUAJE

¡CUIDADO!. con los “eslóganes”, pretenden que prueben, intentan hacerles creer que fumar va a cambiar su vida, proporcionándoles placer, felicidad, relación social, éxito.

La publicidad asocia el uso del tabaco con palabras como solidaridad o libertad, así consigue unir el consumo de tabaco con conseguir esos valores sociales.

Pero evita siempre la realidad del tabaquismo: dificultad para respirar, menor resistencia al ejercicio físico, gasto económico, drogodependencia, enfermedades.

La publicidad relaciona el consumo de tabaco con la rebeldía de los jóvenes hacia la sociedad, sin embargo la auténtica rebeldía es no dejarse engañar por la empresa del tabaco.

ANEXO 3 (3.7): Folleto “Tú también puedes ayudar”

¿POR QUÉ SE EMPIEZA A FUMAR?

Piensa con tus hijos cuales son las razones por las que se empieza a fumar.

A continuación os damos algunos ejemplos y si realmente merece la pena.



MOTIVO	¿ MERECE LA PENA FUMAR POR DICHO MOTIVO?
Por curiosidad.	Fumar un cigarrillo es horrible: sabe mal, te sueles marear, a veces vomitas. Tener curiosidad de algo que sabemos que es malo no tiene sentido.
Por influencia de los anuncios que se ven en la calle y en TV.	¿Nos vamos a dejar engañar?. ¿Crees que si fumas vas a ser más guapo o vas a ligar más?. Ten la certeza que no.
Por pensar que fumar nos va a hacer ser más atractivo/a.	Oler a tabaco, tener un aliento que huele como el tabaco, tener los dientes y dedos amarillos no es atractivo. Aguantar menos cuando se hace deporte tampoco va a ser atractivo para el chico/a que nos guste.
Por miedo a no integrarse en un grupo de chicos que fuman.	A los verdaderos amigos no tiene por que importarle si fumamos o no. Si estos amigos se ríen de nosotros por no fumar, no son buenos amigos. Los verdaderos amigos son aquellos que nos respetan tal como somos.
Por ver a sus padres fumar	Nosotros muchas veces hacemos lo que vemos hacer a nuestros padres. Si nuestros padres fuman preguntémosles si quieren que nosotros fumemos.
Porque piensas que fumar poco no es perjudicial.	Fumar siempre perjudica a la salud. Es cierto que fumar mucho perjudica más que fumar pocos cigarrillos, pero también es cierto que si ahora fumo poco dentro de unos años seguramente voy a fumar más.

ANEXO 3 (3.8): Folleto "Tú también puedes ayudar"

PREVENIR EL TABAQUISMO ES MUCHO MÁS...

El consumo de tabaco, por parte de los jóvenes está relacionado con el consumo de otras drogas como son el alcohol, cannabis, éxtasis... Cuando decimos "otras drogas", es porque el tabaquismo es considerado, científicamente, como una drogadicción, ya que produce adicción y la discontinuidad en su aporte una serie de manifestaciones psicológicas y físicas que configuran el síndrome de abstinencia a la nicotina. Cuanto antes se empiece en el consumo y hábito tabáquico más posibilidades presenta de consumir otras drogas.

Edades medias de inicio al consumo de drogas de los estudiantes de secundaria (14-18 años), según sexo (años). España 1998-2000

Sustancias	Hombres	Mujeres	Total
Tabaco	13,0	13,3	13,2
Tabaco (consumo diario)	14,5	14,4	14,4
Alcohol	13,4	13,8	13,6
Alcohol (consumo semanal)	14,8	14,9	14,8
Tranquilizantes (sin prescripción)	14,2	14,7	14,5
Cánnabis	14,7	14,9	14,8
Éxtasis	15,7	15,5	15,6
Alucinógenos	15,5	15,3	15,4

ANEXO 3 (3.9): Folleto "Tú también puedes ayudar"

COMO DECIR NO AL TABACO

DECIR NO al tabaco parece sencillo pero hay ocasiones en las que nuestros hijos no se atreven NO. A continuación tienes algunas formas que puedes comentar con ellos, para que se puedan enfrentar con éxito a esas situaciones.

Con humor. "Con un cigarro me parecería a un pato mareado".

Con evasivas. "Y por qué no jugamos a las canicas".

Decir lo que piensas. "Creo que el tabaco no es bueno para la salud".

Seguir la corriente. "Quizás tengas razón y no sea tan desagradable pero no me apetece fumar, no te parezca mal".

Poner excusas. "Me tengo que ir a judo ahora mismo".

Cambiar de tema. "Oye qué os ha parecido el partido de ayer".



Plantear dudas. "¿Y tú crees que realmente no es malo fumar?".

Hacerse el enfermo. "Ahora tengo catarro y no me apetece".

Preguntón. "Bueno, y después de esto ¿qué pasa?... ¿Y después?... ¿Y después?".

Reconocer errores. "Hombre puede ser un

De todas formas lo mejor es :

**SENCILLAMENTE
DECIR NO.**

"Mira, ya sabes que no fumo y no quiero fumar".

ANEXO 4 (4.1): Folleto "Si quieres puedes dejar de fumar"

Si quieres puedes dejar de fumar.



Hazlo por ti...

.... piensa en tus hijos

ANEXO 4 (4.2): Folleto “Si quieres puedes dejar de fumar”

BENEFICIOS QUE SE OBTIENEN AI ABANDONAR EL CONSUMO DE TABACO

El abandono del consumo del tabaco conlleva múltiples beneficios, no sólo para tu salud sino también para los que te rodean y conviven contigo:

Existen beneficios tanto a corto, como a medio-largo plazo.

<i>A corto plazo</i>	
<p><i>Sobre la salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desaparece la tos • Mejora la respiración y respuesta al ejercicio • Se recupera el olfato y por tanto el gusto • La piel se vuelve más tersa y suavela recuperación del gusto y del olfato, la piel estará más fresca y mejorará el olor. • En las mujeres embarazadas se reduce el riesgo d tener niños con bajo peso y patología posparto. 	<p><i>Otros aspectos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La ropa deja de oler a tabaco. • Mejora la tinción amarilla de dedos y dientes. • Ahorro de dinero. • Se deja de depender de una sustancia (droga) • Aumenta la autoestima

<i>A medio-largo plazo</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Menor riesgo de sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares. • Menor riesgo de padecer cánceres: pulmón, laringe vejiga y de otros órganos. • Menor riesgo de padecer bronquitis crónica y enfisema y mejora la calidad de vida de los bronquíticos crónicos

Los beneficios sobre la salud de dejar el tabaco exceden el riesgo de ganancia de peso (2,3 Kg. como media), o algún efecto psicológico que pudiera suceder.

Abandonar el consumo de tabaco es la decisión más saludable que podemos tomar

ANEXO 4 (4.3): Folleto "Si quieres puedes dejar de fumar"

CONSEJOS PARA LOS DÍAS PREVIOS AL ABANDONO DEL TABACO

Los siguientes consejos deben ser puestos en práctica hasta el día elegido para dejar de fumar. Le ayudarán a ir rompiendo lazos con el tabaco y a que el fumar no sea tan placentero. Eso le ayudará posteriormente cuando deje en serio de fumar.

- Compre los paquetes de uno en uno. No acumule tabaco.
- Plantéese por la mañana los cigarros que va a fumar ese día y no pase de esa cantidad. No los apure hasta el final (no fume el último tercio).
- Fume el primer cigarrillo del día después del desayuno. Si ya era así, retráselo 10-15 minutos.
- No acepte cigarrillos que le ofrezcan. Tampoco los pida.
- Hágase incómodo al fumar: guarde tabaco y mechero después de cada cigarrillo y limpie el cenicero. No lo deje a su alcance.
- Rompa lazos "afectivos". Cambie de marca al acabar cada paquete. Además, empezará a gustarle menos. Sólo vigile que el contenido en nicotina no sea mayor que el de su marca habitual.
- Limite las zonas para fumar: nunca en la cama, en el coche ni con niños o con no fumadores.
- Fume menos en el trabajo. Imponga tiempo mínimo entre cigarrillos.
- Cuando sienta hambre, en vez de fumar ingiera agua, fruta o chicle sin azúcar.
- Nunca lleve fuego, para que siempre tenga que pedirlo.
- Cuando desee fumar, espere al menos cinco minutos para hacerlo. A veces las ganas pasan.
- No fume inmediatamente después de comer. Levántese, camine o haga algo.
- En casa fume sólo en un sitio fijo, que sea algo incómodo (la cocina, el balcón. No en su sillón favorito).
- Elija una fecha para dejar de fumar, anótela y comuníquese a sus amigos y familiares. Pídale colaboración y paciencia. Advértales que a partir de esa fecha no le den tabaco aunque se lo pida.
- La noche anterior a la fecha elegida, tire el tabaco que le quede y esconda ceniceros y mecheros.
- Si alguien de su entorno quiere dejar de fumar, propóngale hacerlo juntos. Se ayudarán mutuamente.

ANEXO 4 (4.4): Folleto "Si quieres puedes dejar de fumar"

CONSEJOS PARA DEJAR DE FUMAR

Elija un día para dejar de fumar (Día D) y anótelo:

¡NO LO POSPONGAS, RESPETA EL DÍA ELEGIDO!

ANTES DEL DÍA "D". PREPÁRARESE PARA DEJAR DE FUMAR:

Aprenda a controlar el impulso de fumar. Intente reducir el número de cigarrillos hasta que llegue le Día D. Registre el número de cigarrillos diariamente y analice en que situaciones fuma e intente evitar algunas, empezando por las que menos le cueste. Ponga por escrito los motivos que tiene para dejar de fumar y felicítese por la decisión que ha tomado. Comunique a su entorno socio-laboral su decisión de dejar de fumar y opte por los ambientes sin humo cuando salga.

DÍA D. ¿CÓMO AFRONTARLO?

Su vida va a empezar a cambiar y en poco tiempo notarás muchos beneficios. Plantéese llegar al final del día sin fumar ningún cigarrillo. Hágase ese planteamiento día a día.

Procure levantarse un poco antes de la hora habitual y empiece a hacer algo de ejercicio físico y note como cada día lo aguanta mejor. Note como empieza a sentir los olores y disfrute del aire puro. Respire profundamente y sienta como el aire puro entra en los pulmones, en lugar del humo del tabaco.

Cambie algunos de sus hábitos, los que más asocie con el consumo de tabaco (reposo después de come o tomar el café, ver T.V...), pero sea consciente de que estos cambios no tienen que ser de por vida, sólo hasta que el no fumar se vaya convirtiendo en lo habitual. Manténgase activo y evite los "momentos aburridos". Evite tomar alcohol y comer copiosamente.

ANEXO 4 (4.5): Folleto "Si quieres puedes dejar de fumar"

CONSEJOS QUE NO DEBEN OLVIDAR:

- 1- Cada día, al levantarse, plantéese dejar de fumar sólo por el día presente. Repita este planteamiento día a día.
- 2- Dejar de fumar es difícil pero no imposible. Si hay personas que los han conseguido ¿Por qué usted no lo va a conseguir?.
- 3- Procure comer muchas veces y poco cada vez. Evita el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes (café, té, etc.). Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán tus mejores alimentos durante este período.
- 4- Si le apetece algún cigarrillo durante el proceso de deshabituación, distráigase, cambie de actividad, beba un poco de agua o respire profunda y lentamente.
- 5- Tras la segunda-tercera semana el deseo del cigarrillo disminuye de forma manifiesta y las posibilidades de recaída son menores.
- 6- Cada día que pase sin fumar el riesgo personal de padecer enfermedades como el cáncer de pulmón, el infarto de miocardio y la bronquitis disminuye ostensiblemente.
- 7- El estado de tu piel y tu capacidad para distinguir los sabores y olores mejorará notablemente.
- 8- Descubre que en las situaciones de tensión, eres tú el único capaz de dominarlas, no necesitas para el nada el cigarrillo. Ahora eres tú quien domina al tabaco.
- 9- Si vigila su dieta no tiene porque engordar demasiado kilos. Lo habitual es de 2 a 4 kilos.
- 10- No cedas nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo, ni por una calada, ese el origen de la recaída.
- 11- Ahorre todo el dinero que antes derrochaba en el tabaco. Cuando tenga una buena cantidad regálese eso que tantas veces has querido comprar.
- 12- Felicítate por cada día que pasa porque cada vez está más cerca el conseguir dejar de fumar.

ANEXO 4 (4.6): Folleto "Si quieres puedes dejar de fumar"

CONSEJOS PARA MANTENER LA ABSTINENCIA TABÁQUICA

- No es raro que durante mucho tiempo sienta en ocasiones deseos de fumar. Recuerde que son sensaciones temporales que terminarán por desaparecer.
- Cada vez los deseos de fumar durarán menos y le será más fácil controlarlas.
- Retire de su entorno todo lo que le recuerde el tabaco (mecheros, ceniceros...).
- Cuando sienta deseos de fumar ingiera fruta o líquidos, emprenda alguna actividad o utilice los dispositivos que le recomiende su médico.
- Recuerde que su salud y su ánimo mejorarán progresivamente. Cada día se sentirá mejor que el anterior.
- No olvide vigilar su alimentación y su tiempo de ejercicio físico diario.
- No se preocupe de vivir en adelante sin tabaco. Al fin y al cabo dejando de fumar no se renuncia a nada importante de la vida.
- En ciertos momentos recibirá presiones para que fume, pero ahora ya está capacitado para rechazarlas. Recuerde que los equivocados son quienes continúan fumando.
- Si en algún momento siente dudas o debilidad, consulte de nuevo a su médico. No tire por la borda el esfuerzo realizado ahora que tiene a su alcance dejar el tabaco para siempre.
- Si finalmente fuma algún cigarrillo se sentirá mal y además le sabrá mal. Analice porqué ha fumado ese cigarrillo y si ha merecido la pena. En todo caso considérela algo aislado que no se repetirá.
- Un desliz NO es una recaída pero algo no marcha bien del todo. Analice las causas y evítelas en el futuro. Considérela como una lección. Un cigarrillo o varios aislados no tienen capacidad para convertirle de nuevo en edicto.
- Ya se ha demostrado a sí mismo que puede vivir sin fumar. El continuar depende de usted pero no dude en solicitar ayuda de nuevo si cree que la precisa.

NO OLVIDE QUE LA PRINCIPAL CAUSA DE RECAÍDA ES: "POR UNO NO PASA NADA". NO CEDA NI POR UNA "CALADA".

ANEXO 4 (4.7): Folleto "Si quieres puedes dejar de fumar"

USO CORRECTO DE LOS PARCHES DE NICOTINA

Aplicarlo sobre piel sin pelo de una zona que sude poco (brazo, hombro, espalda...).

Cada día aplique el parche sobre un lugar diferente, para no irritar la piel.

Cada día debe sustituir el parche por otro nuevo, según las recomendaciones de su médico.

Puede producir picor o enrojecimiento, que suele ser leve y desaparecer al cabo de unos días. Si no cede, comuníquese a su médico, pues una crema suave de corticoides puede ser suficiente para que desaparezca.

Para reducir este efecto, a veces es útil airear el adhesivo una vez retirado el protector antes de pegarlo en la piel.

Puede producir más raramente otros síntomas como dolores musculares. Si además fuma es más probable que sienta náuseas, palpitaciones, insomnio, etc.

RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON PARCHES NO DEBE FUMAR (ni siquiera tras varias horas de haberse retirado el parche).

Si le diagnostican alguna enfermedad nueva o queda embarazada, comuníquese a su médico. El tratamiento con parches puede estar contraindicado.

ANEXO 4 (4.8): Folleto "Si quieres puedes dejar de fumar"

USO CORRECTO DE LOS CHICLES/COMPRIMIDOS DE NICOTINA

El chicle/comprimido no proporciona una sensación tan agradable ni tan rápida como un cigarrillo. Téngalo presente y no espere milagros.

El chicle/comprimido le ayuda a vencer la dependencia física, disminuyendo o eliminando los síntomas del síndrome de abstinencia, pero tenga en cuenta que para la dependencia psíquica debe poner en práctica las recomendaciones encontradas en otros anexos y que finalmente es su voluntad la que hará que tenga éxito o no. Los chicles no le protegen de las presiones que le incitan a fumar. Sólo le hacen más fácil permanecer sin fumar.

El chicle/comprimido puede servir para abortar las ganas de fumar en situaciones concretas, en las que además no han sido efectivos otros métodos. Tenga los chicles/comprimidos a mano para estas situaciones.

Puede que su médico le haya pautado los chicles/comprimidos o que le haya indicado que los tome cuando sienta intensos deseos de fumar. Siga sus recomendaciones.

MODO DE EMPLEO: mastique/chupe despacio el chicle/comprimido hasta que note su sabor o picor. En ese momento ya no mastique/chupe más y deje el chicle/comprimido "aparcado" entre la mejilla y la encía hasta que el sabor desaparezca. Cuando eso suceda vuelva a masticarlo/chuparlo igual, repitiendo este ciclo hasta que las ganas de fumar desaparezcan.

Los principales efectos secundarios son molestias gástricas (suelen indicar que ha masticado demasiado rápido el chicle), molestias dentales o de garganta, ardor, hipo o dolor de mandíbula. Consulte a su médico.

RECUERDE QUE SI ESTÁ EN TRATAMIENTO CON CHICLES O COMPRIMIDOS DE NICOTINA NO DEBE FUMAR (usted ya recibe nicotina. Si además fuma, puede sufrir una intoxicación nicotínica).

ANEXO 4 (4.9): Folleto “Si quieres puedes dejar de fumar”

PAUTA TERAPÉUTICA ORIENTATIVA.

Si usted ha decidido dejar de fumar, ¡ENHORABUENA!, es una de las decisiones de las que no se va a arrepentir y seguro que su familia siempre se lo agradecerá.

Puede intentarlo con la pauta que a continuación le recomendamos, aunque siempre sería mejor que consultará con su médico o enfermero/a, pues seguro que le podrán ayudar de forma profesional a solventar las dificultades y dudas que pudieran surgir.

<p>Chicles de nicotina (Hay de 2 y 4 mg)</p>	<p>2 mg (un chicle)/60-90 minutos¹ 8-12 semanas</p>
<p>Comprimidos de nicotina para chupar</p>	<p>1 mg (un comprimido)/60-90 minutos¹ 8-12 semanas</p>
<p>Parches de nicotina² (Hay parches de 16 y 24 horas)</p>	<p>Un parche de 21 mg/24 horas. 4 semanas Un parche de 14 mg/24 horas. 2 semanas Un parche de 7 mg/24 horas. 2 semanas ----- Un parche de 15 mg/16 horas. 4 semanas Un parche de 10 mg /16 horas. 2 semanas Un parche de 5 mg /16 horas. 2 semanas</p>

¹ Y siempre que tenga ganas intensas de fumar

² Existen parches de 16 horas que se colocan por la mañana y se quitan por la noche (se duerme sin el parche) y parches de 24 horas que se colocan por la mañana y se quitan a la mañana siguiente (se duerme con el parche).

ANEXO 4 (4.10): Folleto "Si quieres puedes dejar de fumar"

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Durante el proceso de abandono del tabaco puede presentar algunos síntomas desagradable que son propios al libertarte de una droga. No son peligrosos y siempre son pasajeros, pero si se lo consulta a su médico o enfermero(a seguro que le pueden ayudar.

En las siguientes tablas se exponen los síntomas más frecuentes y algunas posibles soluciones.

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
Aumento de apetito y del peso	Deseo fuerte y urgente de fumar
Molestias gastrointestinales, Estreñimiento	Ansiedad
Disminución de la frecuencia cardíaca.	Nerviosismo
Disminución de la tensión arterial.	Irritabilidad
Trastornos del E.E.G.	Dificultad para la concentración
Mareo	Agresividad
Sudoración	Impaciencia
Temblor	
Tos	
Trastornos del sueño	
Aumento de la temperatura cutánea	

ANEXO 4 (4.11): Folleto “Si quieres puedes dejar de fumar”

CONSEJOS PARA COMBATIR LOS SINTOMAS DEL S. ABSTINENCIA	
Fuerte deseo de fumar.	Respiraciones profundas. Técnicas de relajación. Ingesta abundante de agua o zumos. Chicles sin azúcar. Motivación. Saber que cede en unos minutos.
Insomnio.	Evitar café o té y bebidas con cafeína. Hacer ejercicio físico y ejercicios de relajación. Higiene del sueño.
Cefalea.	Ducha o baño templado. Técnicas de relajación.
Estreñimiento.	Dieta rica en fibra. Abundantes líquidos.
Dificultad de concentración.	Evitar bebidas alcohólicas. Aceptar un menor rendimiento durante 1-2 semanas.
Nerviosismo.	Ejercicio. Baño. Evitar bebidas excitantes.
Hambre.	Abundante agua y zumos. Tomar fruta.
Astenia.	Aumentar las horas de sueño.
Irritabilidad.	Ejercicio. Baño. Técnicas de relajación.
Disforia.	Buscar apoyo de personas en la misma situación o con experiencia previa similar.
Ansiedad.	Mantenerse ocupado. Hobbies. Aumentar la vida social.

ANEXO 4 (4.12): Folleto “Si quieres puedes dejar de fumar” (hoja final)

Existen otros tratamientos para dejar de fumar como son los comprimidos de bupropión (sus nombres comerciales son Quomen® y Zyntabac®), pero que por sus características es necesaria e ineludible una prescripción y control médico. No le aconsejamos que lo compre ni que lo tome por su cuenta.

Consulte con su médico que le podrá informar y ayudar.

