

TABACO Y SALUD: UN ESTUDIO CON ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS ZAMORANOS

AUTORES:

**Vicente Merino Barragán
Fernando Jiménez Gómez
Guadalupe Sánchez Crespo**



Universidad de Salamanca, 1992

Estudio promovido, patrocinado y financiado por el Exmo. Ayuntamiento de la ciudad de Zamora. Concejalía de Salud y Bienestar Social

INDICE

INTRODUCCION	3
Justificación del programa:	5
<i>Programas informativos</i> (Salleras, L. y Almaraz, A, 1991).	5
Programa educativo:	5
Contenidos del programa	6
Cómo nosotros somos agentes de nuestra salud.....	6
Las “charlas” como factor de modificación de conducta.....	7
I.- METODOLOGÍA	7
I.1.- Hipótesis:.....	7
I.2.- Diseño:	7
I.3.- Análisis de la muestra	8
I.4.- Material empleado.....	10
I.5.- Variables:	10
II.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS:	10
1ª.- INFORMACIÓN:.....	11
2ª.- ACTITUD HACIA EL FUMAR.....	16
3ª.- APRENDIZAJE	26
4ª.- PUBLICIDAD:.....	33
5ª.- PERSONALIDAD Y ADAPTACION:.....	36
6ª.- ANALISIS CONTRASTADO ENTRE LOS FUMADORES Y NO-FUMADORES	44
III.- CONCLUSIONES:.....	49
Bibliografía básica:	50

INTRODUCCION

Los problemas de salud que crea el tabaco es uno de los aspectos más importantes al que todos los organismos implicados en la salud y el bienestar de la persona han dedicado una importante suma de trabajos, tiempo y presupuesto para tratar de evitarlos.

Es importante entender la fuerte capacidad que tiene el tabaco para producir dependencia tanto a nivel psicológico como físico, lo cual lo lleva a ser considerado como una auténtica droga, no reconocida como tal oficialmente, hasta 1974, por la O.M.S., y en 1980 por la "American Psychiatric Association".

Desde hace más de treinta años numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la relación causal entre el consumo de tabaco y la aparición de un amplio abanico de enfermedades consideradas como graves para la salud. Las principales patologías en las que el tabaco desempeña un papel causal demostrado suponen un 80 % de la mortalidad atribuible al tabaco.

La relación entre cáncer de pulmón y tabaco ha sido demostrado por numerosos estudios realizados en EE. UU., Reino Unido y Canadá fundamentalmente. A grandes rasgos, se puede llegar a concluir que las personas que fumaban más de 25 cigarrillos diarios tenía 20 veces más riesgo de presentar un cáncer de pulmón que los no fumadores. Los exfumadores que llevan más de 8-10 años sin fumar presentan una incidencia de cáncer muy inferior a la de los fumadores, siendo casi igual a la de aquellos que no han fumado nunca.

El tabaco es también responsable del 80% de las bronquitis crónicas en pacientes de más de 40 años. En España la cifra de mortalidad por esta enfermedad es de 20-30 por 100.000 habitantes. Alrededor de un 15-20% de los fumadores presentará obstrucción de las vías respiratorias.

El riesgo de sufrir una cardiopatía isquémica es de 2 a 3 veces superior entre los fumadores que entre los no fumadores, aumentando el riesgo según aumenta la intensidad de consumo, y esto para cualquier edad. También se incrementa el riesgo coronario con el número de años de consumo y con la menor edad del inicio del hábito.

El tabaco aparece también directamente relacionado con el cáncer de esófago y estómago, así como con el cáncer de riñón y vías urinarias. Entre los afectados por cáncer de laringe, un 85-95 % son fumadores. El tabaco constituye también el factor de riesgo más importante para la enfermedad vascular periférica.

El tabaco también afecta seriamente a las mujeres embarazadas. El efecto más conocido es la disminución del peso en los recién nacidos (alrededor de unos 200 grms.) en comparación con los bebés de las mujeres no fumadoras. Otros efectos menos conocidos, pero no por ello menos importantes, son la mayor tasa de abortos, nacimientos prematuros y alteraciones placentarias. También se ha demostrado que puede afectar al desarrollo y crecimiento, tanto físico como psíquico, de los hijos de madres fumadoras, a medio y largo plazo.

Pero es necesario no olvidar los gastos socioeconómicos que ocasiona el tabaquismo. La repercusión en términos de coste socioeconómicos viene dada por la repercusión, en términos de salud, no sólo por la mortalidad directamente producida, sino también de los años de vida perdidos y la morbilidad generada. Las expectativas de vida de los fumadores de más de 20 cigarrillos al día disminuye en 6 años con respecto a los no fumadores. Los fumadores de más de un paquete diario de cigarrillos tienen tres veces más bajas laborales, pasando además un 15% más de días en la cama al año por enfermedad que los no fumadores. En España, hasta un 10% de todas las muertes pueden ser atribuidas directamente al tabaco.

Según los datos que presenta el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1978), en España fumaban un 54% de hombres y un 16,2% de las mujeres de más de 8 años. Según los datos de Tabacalera (1978) el 20% de todos los fumadores consumían más de 20 cigarrillos por día. Estos datos han sido variados en los últimos años. Los estudios realizados en Cataluña (1982-1986) por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya sobre el hábito tabáquico (Vaqué, J., 1987) demuestran una alta prevalencia del hábito de fumar en la población general. En 1982 los varones entre 15 y 65 años llegaban a fumar un 58,3%, mientras que las mujeres sólo lo hacían con un 20%. En 1986, los varones disminuyen su consumo un poco (57,6%) mientras que las mujeres suben (23,4%). Esta

misma tendencia, de bajar los varones y subir las mujeres en los porcentajes del consumo de tabaco, se ha podido apreciar en los últimos años.

Este mismo estudio presenta que los maestros varones de EGB fuman un 52,3%, mientras que el porcentaje de mujeres es de 40,5 % en 1982. Cinco años más tarde para los maestros es del 56,8% y para las maestras del 48,4% (se aprecia igualmente el aumento e igualdad en el consumo). Los jóvenes escolares entre 12 y 15 años, como los nuestros, en la comunidad de Cataluña, presentan un 78,0% los varones, las chicas un 67,9% en el año 1982. Cinco años más tarde su disminución se aprecia sensiblemente, los chicos que fuman (tanto habitual como esporádicamente) es un 56,8% y las chicas un 48,4%.

En una reciente estadística de la población juvenil total en España (San Juan e Ibáñez, 1992), los niños de 6 a 13 años fuman el 23,44% de los chicos y el 2,86% de las chicas. Entre 14 y 16 años fuman el 61,74% de los chicos y el 3,91% de las chicas. Entre los 17 y 19 años, fuman el 71,66% de los chicos y el 47,62% de las chicas. Y entre los 20 y 24 años fuman el 66,03% de los chicos y el 47,94% de las chicas. Los universitarios españoles fuman el 67%. Las mujeres universitarias el 75% y los varones el 64%. Conforme aumenta la edad se invierten las cifras.

Las mujeres, hace 20 años eran escasas las que fumaban 20 cigarrillos al día, ahora son el 23% de ellas las que los sobrepasan. La mayoría de ellas empezaron a fumar antes de los 20 años. Unos estudios entre las jovencitas de 16 a 18 años realizados en Europa (España no colaboró entonces) indican que fuman más que los chicos. En Italia, el 55% de las chicas contra el 51% de los varones. En Grecia, el 54% contra el 46 % respectivamente. En Suiza el 46 y 36%. Bélgica 45% las chicas y 44% los chicos. Francia 43 y 43%. Dinamarca 42 y 34 y Suecia 33 y 21% respectivamente.

Hemos de tener igualmente presente que en los ambientes cargados y en los locales cerrados el no fumador se convierte en un fumador pasivo del humo de los cigarrillos de los fumadores. Lo que aspira en una hora un no-fumador en este ambiente es la misma cantidad que la que aspira un fumador con un cigarrillo. Los análisis realizados indican unas cifras de nicotina en orina y sangre como las de los fumadores. Trabajos del Laboratorio Británico de Investigaciones Químicas del Estado indican que es más peligroso el humo para el que está próximo (no-fumador) que para el propio fumador, ya que el humo que se desprende de la punta del cigarrillo contiene cinco veces más monóxido de carbono, tres veces más alquitrán y nicotina, cuatro veces más de benzopireno y 46 veces más de amoníaco, con tasas más altas de nitrosamida (sustancias cancerígenas) que el humo que llega a los pulmones al fumador después de pasar el filtro. El humo liberado por la punta del cigarrillo es el que satura las habitaciones, las Salas de estar, coche, aviones, y autobuses. Por ello no se permite fumar en los lugares cerrados en los países civilizados.

El niño es un fumador pasivo si sus padres lo son, ya que vive en una atmósfera cargada de humo durante el día y la noche (máxime en los climas fríos donde la habitación no es muy ventilada). Un estudio realizado en París (citado por San Juan e Ibáñez, 1992), sobre 4.000 escolares de 10 a 20 años de edad demostró que la adenoidectomía y/o amigdalectomía (consideradas como índice de frecuentes enfermedades de las vías respiratorias altas de la primera infancia), guardan una relación significativa con el mayor o menor hábito de fumar de cada uno de los padres. Los niños ingresados por bronquitis, neumonía, golpes e intoxicaciones, es estadísticamente más alto entre aquellos cuyas madres fuman. A su vez el efecto de imitación de los niños, les lleva a fumar antes y con mayor intensidad si ven hacer lo mismo a sus padres.

Las actividades de prevención del tabaquismo han de realizarse en un esfuerzo comunitario y de una manera integrada. Las medidas legislativas restrictivas en España con respecto al tabaco aparecieron en 1978 tratando de limitar la publicidad en la radio y en la televisión. Posteriormente, en 1982, se ampliaron las limitaciones prohibiendo la publicidad en los medios de comunicación del Estado y de las entidades públicas, excepto aquellos productos del tipo de bajo contenido en nicotina y alquitranes. Años posteriores aparecen nuevas medidas restrictivas con respecto a la demarcación de lugares públicos y de venta a menores de edad así como la misma protección del no fumador. Las últimas medidas contemplan no sólo los aspectos legislativos sino también los informativos y educativos, intentando con ello disminuir el número de jóvenes que empiezan a fumar y retrasar al máximo el momento de inicio, reducir el número de fumadores, procurar que los fumadores que no puedan abandonar el hábito disminuyan la inhalación de sustancias nocivas del humo, proteger a los no fumadores de los efectos nocivos del tabaco y crear un medio ambiente social negativo para el hábito de fumar.

En este contexto hemos tratado de elaborar este trabajo, intentando apreciar los diversos factores que están influyendo en los adolescentes de la ciudad de Zamora en su consumo del tabaco.

Justificación del programa:

La información y la educación sanitaria son fundamentales para alcanzar los objetivos de una salud adecuada en la población.

El Comité de Expertos de la O.M.S. en lucha antitabáquica (1974, 1979) distingue entre programas informativos y programas educativos. A pesar de que no existe una división clara entre ambos programas y forzosamente hay una superposición entre ellos, el Comité considera que los programas de información están destinados principalmente a despertar la atención de la población y favorecer la comprensión de la naturaleza y la magnitud del problema del tabaquismo por parte de la población y de las personas importantes en la comunidad, especialmente de las que toman decisiones y deben dar ejemplo. Se trata de crear un ambiente en el que puedan prosperar los programas de educación sanitaria. El objetivo de estos últimos es la adecuación de los comportamientos de la población a las necesidades de salud. Como es lógico, los programas informativos han de ser previos a los educativos.

Programas informativos (Salleras, L. y Almaraz, A, 1991).

Según la O.M.S., los objetivos de los programas informativos son los siguientes:

- 1.- Conseguir que el público esté informado de las consecuencias del consumo del tabaco para la salud y comprenda mejor el problema del tabaquismo y su magnitud.
- 2.- Lograr que las personas encargadas de tomar decisiones se den cuenta de la necesidad de la lucha antitabáquica y de las posibilidades de acción en este tema.
- 3.- Procurar que las personas, cuyo ejemplo y acciones son fundamentales en la lucha antitabáquica, tomen conciencia de la importancia de su papel y actúen en consecuencia.
- 4.- Contrarrestar los efectos de una información inexacta, en especial la expresada por fabricantes de cigarrillos.
- 5.- Proteger los derechos de los no-fumadores.
- 6.- En general, crear una atmósfera social en la cual la abstinencia de fumar sea considerada conducta normal y socialmente aceptable.

Todos estos objetivos deben ser transmitidos a la población de manera precisa y exacta y “no deben producir temor”, a fin de no provocar una ansiedad excesiva en la población, lo cual muchas veces es contraproducente.

Programa educativo:

A diferencia de los programas informativos que sólo pretenden sensibilizar y concienciar, los programas educativos tienen por objeto incidir en los comportamientos.

En los niños y jóvenes, la acción educativa debe ir dirigida a conseguir que no adquieran el hábito de fumar, y el ámbito de aplicación son la Familia, la Escuela, los Institutos y otros centros de enseñanza.

A fin de planificar la acción educativa, es muy importante el estudio de factores unido a la adquisición del hábito en la juventud. Parece ser que la mayoría de los niños y jóvenes empiezan por condicionamientos externos al individuo -ambientales y sociales-, si bien, de alguna forma, también influirán los factores internos. La curiosidad parece desempeñar un papel importante en el inicio del hábito.

De igual forma parece que influyen de manera relevante las compañías, el grupo en que se integra el niño y el ámbito familiar. Se ha comprobado que el hábito de fumar es más frecuente entre los jóvenes cuyos padres y hermanos mayores son fumadores.

El agente fundamental de educación sanitaria en la Escuela es el maestro. Con el fin de poder llevar a cabo su acción educativa con aprovechamiento, es preciso que se abstenga de fumar, por lo menos durante el horario escolar, y que esté debidamente capacitado para impartir la acción educativa (tabaquismo).

El programa de educación antitabáquica en la escuela no se puede aplicar de manera aislada, sino que debe estar integrado en el programa general de educación sanitaria mediante la enseñanza de la salud en la Escuela.

Durante la enseñanza en la salud, se intentará que el niño comprenda que la salud es un valor fundamental del individuo y de la comunidad, que las decisiones personales sobre la conducta pueden influir en la salud positiva actual y en la protección de la salud futura, que la falta de salud es debido no sólo a la mala suerte, sino que muy a menudo, es consecuencia de un comportamiento insano totalmente voluntario, y que la decisión de fumar es tan sólo una más de todas cuantas opciones puede tomar el individuo en relación con su propia conducta.

Contenidos del programa

Todos los contenidos anteriormente mencionados hemos intentado introducirlos en la parte práctica del programa, ajustándolos, claro está, al tiempo con el que contamos para la ejecución del mismo. Dicho programa consta de las siguientes partes:

1.- En primer lugar, estando dispuestos a impartir una serie de contenidos informativos y educativos a un colectivo de niños de iguales cursos y edades sobre una misma temática, no hemos querido renunciar a investigar y profundizar en dicha temática con la finalidad de poder aportar resultados que en un futuro puedan clarificar qué factores podrían facilitar o desencadenar el hábito tabáquico.

Por este motivo hemos confeccionado un “Cuestionario sobre el fumar” con una serie de items que parecen tener una relación directa con el hábito de fumar. Junto a este Cuestionario hemos introducido la realización de pruebas de personalidad y de adaptación (E.P.Q.-J de Eysenck y el I.A.C. de V.de la Cruz y A. Cordero) que se ajustan perfectamente en sus contenidos al Cuestionario sobre el fumar y a nuestro objetivo en la investigación. Así, se analizan la Estabilidad-Inestabilidad, Introversión-Extroversión, Psicoticismo, Conducta antisocial, Adaptación personal, Familiar, Social y Escolar, para poder relacionarlas con el hecho de que el niño fume o no. Dichas pruebas serán realizadas antes de comenzar la charla informativo-educativa sobre el tabaco.

2.- Posteriormente, se les expondrán una serie de preguntas sobre el tabaco, lo menos condicionadas posibles, para que los niños, en pequeños grupos, comiencen a trabajar y debatir, teniendo al final que obtener sus propias conclusiones. Éstas serán expuestas por todos los grupos en la pizarra, obteniéndose unas conclusiones generales que resuman las de todos los grupos. En este trabajo queremos que no sólo se debata si el tabaco es bueno o malo para la salud, sino que puedan llegar a comportarse en consecuencia y sean ellos los agentes sociales entre el grupo de amigos, hermanos y padres de sus propias conclusiones; conclusiones que no le dió nadie, sino que es la misma persona quien las elabora. Entendemos que esta es la fase más importante del proceso.

3.- En tercer lugar se les expondría un conocimiento **informativo** sobre el tabaco y las repercusiones que ello tiene para la salud. Lo ideal es que dichas informaciones coincidan y ratifiquen las conclusiones a las que previamente llegaron los mismos niños en su trabajo por grupos. Con ello reforzaremos definitivamente el posible activismo del niño en contra del hábito del tabaco al confirmar como válidas sus propias conclusiones. Finalmente se les ofrecieron conocimientos **educativos** sobre la higiene de vida a seguir.

Cómo nosotros somos agentes de nuestra salud.

Es muy importante que el conocimiento educativo refuerce lo valioso de nuestra salud, en vez de “meter miedo” con el hábito del tabaco. Está demostrado, y se está demostrando diariamente en el campo de la salud, que la variable “miedo” hay que utilizarla con muchísima prudencia y control. El utilizar el “miedo finalista” del tabaco (enfermedades y muerte por fumar), es posible que provoque en un breve espacio de tiempo una mayor abstinencia antitabáquica, pero a medio plazo habría una inmunización contra estos mensajes y terminarían siendo ineficaces, posiblemente, cualquier tipo de mensajes educativos contra el hábito de fumar.

Las “charlas” como factor de modificación de conducta.

Pero nuestro interés no se limitaba sólo a los objetivos anteriormente mencionados. Queríamos, además, saber la eficacia de las charlas dadas a los adolescentes. Teníamos nuestras dudas y deseábamos saber si éstas pueden ser correctoras de conductas inadaptadas o perjudiciales para la salud, o facilitadoras, a través de la información que se suministra, de conductas que precisamente se pretenden evitar.

Continuamente, tanto organismos públicos como privados,, dedican a programas de salud y bienestar ingentes recursos económicos y humanos sin conocer muchas veces los resultados de dichas inversiones, y lo que puede ser más grave: no saber si los recursos empleados lograrán alcanzar los objetivos para los que fueron destinados o inclusive si, por aplicación inadecuada, han provocado el efecto contrario.

De cara a un futuro estilo de intervención en estos temas de salud, o de otra índole, nos parecía necesario el hacer esta evaluación crítica, para que una vez superada pudiésemos reafirmar la eficacia o conveniencia de las mismas o, por el contrario, hubiésemos de aconsejar la utilización de otros medios didácticos que permitiesen llegar más adecuadamente a los adolescentes para lograr los objetivos previamente establecidos o/y dirigirlos a otras capas poblacionales por entenderse así mas necesarios.

I.- METODOLOGÍA

Este trabajo está planteado con los adolescentes de la ciudad de Zamora que en la actualidad se encuentran escolarizados. El objetivo fundamental es concienciar, informar y educar al niño, padres, educadores y sociedad en general, de los peligros para su salud que supone habituarse a fumar.

I.1.- Hipótesis:

El planteamiento de nuestro estudio lo hemos concretado en las siguientes áreas:

1ª).- ¿Se encuentran suficientemente informados nuestros adolescentes sobre los efectos nocivos del tabaco?. Deseábamos apreciar la información que poseían los adolescentes y contrastarla con la que se les ha dado.

2ª).- ¿Cuál es la actitud de los adolescentes zamoranos hacia el fumar?. Nos interesa no sólo apreciar las diferentes estadísticas sobre los fumadores habituales, no fumadores y los fumadores esporádicos, sino también poder apreciar la actitud positiva o negativa hacia el tabaco, incluso después de haber recibido información educativa.

3ª).- ¿Cómo adquieren el aprendizaje en el fumar?. Deseábamos saber, fundamentalmente cuales son los modelos imitativos y de aprendizaje en el fumar.

4ª.- A pesar de las restricciones en la publicidad, ¿podríamos apreciar que dicha publicidad puede estar influyendo en el consumo del tabaco?.

5ª.- ¿Existen factores de la personalidad en nuestros adolescentes que puedan predisponer a un mayor consumo?. Por ejemplo, una inadaptación escolar, inadaptación social o una conducta antisocial.

6ª.- ¿Sirven los programas basados en charlas informativas y educativas para alcanzar los objetivos planteados o producen los efectos contrarios?

I.2.- Diseño:

Para intentar desvelar las diversas hipótesis planteadas hemos elaborado un diseño experimental que pudiera deshacer nuestros interrogantes. Para ello, por medio de la Consejería de Salud del Ayuntamiento de Zamora, nos pusimos en contacto con la Dirección de los Colegios para poder prestar nuestro servicio de información educativa sobre el hábito del tabaquismo y sus repercusiones en la salud y tratar de analizar, posteriormente, los resultados. Dos momentos hay que hacer notar en este diseño:

- En un primer momento a los alumnos se les aplicaron una serie de cuestionarios relativos al fumar (Cuestionario A) y acerca de su personalidad. Posteriormente a la terminación de la realización de estos cuestionarios una persona del equipo de investigación (siempre la misma en todos los Colegios) les

impartía una charla informativo-educativa acompañada de un vídeo-tape sobre las implicaciones en la salud que comporta el fumar.

- En un segundo momento, transcurridos 3 meses, se le volvía a aplicar a los alumnos el Cuestionario sobre el Fumar (Modelo B). Este modelo difería del anterior sólo en el número de preguntas en donde se habían suprimido algunas, pero no se había modificado ninguna. Este Cuestionario intentaba apreciar si la información obtenida en el primer momento (3 meses antes) había sido efectiva en cuanto a nivel de información y en cuanto a cambio de actitud del niño hacia el tabaco. Por tanto los ítems cuestionados se centraban, precisamente, en evaluar estos dos aspectos (y de aquí el número más reducido de preguntas).

Habiéndose cumplimentado estos cuestionarios y charlas informativo-educativas se procedió a la corrección y tratamiento estadístico pertinente para obtener los datos y contemplar los resultados.

I.3.- Análisis de la muestra

La muestra total válida obtenida ha sido de 695 adolescentes de los 969 encuestados, con una edad media de 13 años y 1 mes. El número de alumnos válidos encuestados por Colegios es el siguiente:

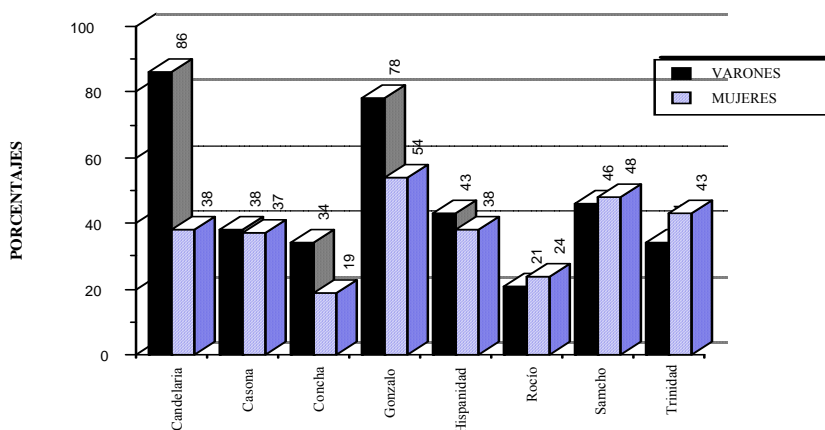
Cuadro 1.- Composición de la muestra. Distribución por cursos.

COLEGIOS	7º.-A	7º.-B	7º.-C	8º.-A	8º.-B	8º.-C	Encuestados	Evaluados
Ntra. Sra. Candelaria	22	25	26	45	45	37	200	138
A. Casona	35	41	-	22	34	-	132	75
Ntra. Sra. Concha	29	-	-	31	-	-	60	53
A. Gonzalo	28	28	21	25	45	43	190	132
De la Hispanidad	14	21	21	35	-	-	91	81
Ntra. Sra. del Rocío	38	-	-	44	-	-	82	45
Sancho.-II	31	31	12	27	26	-	127	94
Stma. Trinidad	43	-	-	44	-	-	87	77
TOTAL	240	146	80	273	150	80	969	695

La muestra ha sido obtenida exclusivamente en los colegios de la capital de Zamora. El nivel de estudios de los alumnos estaba comprendido entre 7º. y 8º de EGB. Podemos apreciar en esta distribución por cursos y Colegios el número total de alumnos encuestados en cada Colegio y el total de alumnos evaluados (no todos los encuestados fueron tomados por válidos para el estudio).

Para mejor apreciación de la composición de la muestra vamos a referirnos mediante otras gráficas a las distintas variaciones encontradas, bien por sexos, por Colegios o por alumnos encuestados/evaluados. Esto lo referimos en las gráficas 01, 02 y P.1 que vamos a expresar a continuación.

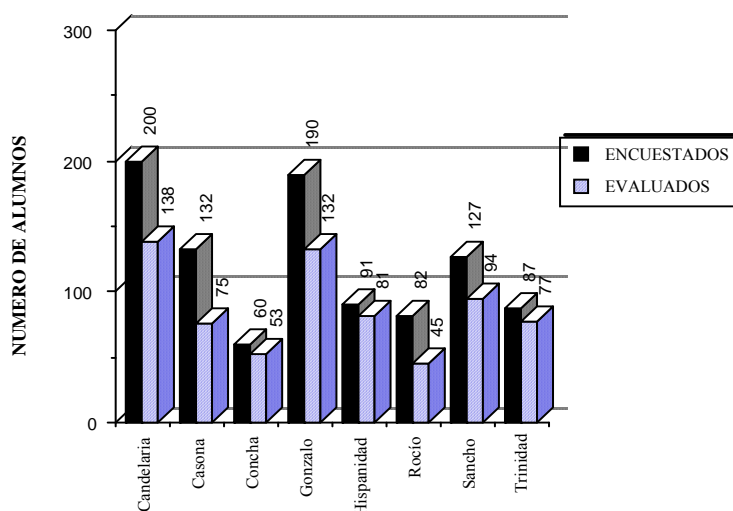
01.- DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR SEXO (COLEGIOS)



En esta gráfica (01) podemos apreciar los diferentes porcentajes de niños y niñas que definitivamente fueron evaluados en los diferentes Colegios. Predominan los varones sobre las chicas en la mayoría de los Colegios, excepto en el de la Stma. Trinidad, Sancho II y Ntra. Sra. del Rocío, donde el número de niñas es superior al de niños. El porcentaje más evidente de niños sobre niñas lo ofrece el Colegio de Ntra. Sra. de la Candelaria.

Los Colegios de Ntra. Sra. de la Candelaria y el de Arias Gonzalo ofrecen una notable diferencia entre los chicos varones y las chicas de estos mismo colegios, por lo que esta diferencia resulta ser tan amplia que hace que los cálculos estadísticos muestren dicha diferencia como “significativa” (al n. c. del 1%). En el resto de los Colegios, aunque persisten las diferencias entre los sexos, podemos apreciar que éstas son tan escasas que los cálculos estadísticos no muestran esta diferencia como significativa; es decir, la diferencia entre sexos es tan escasa que, prácticamente, carece de importancia.

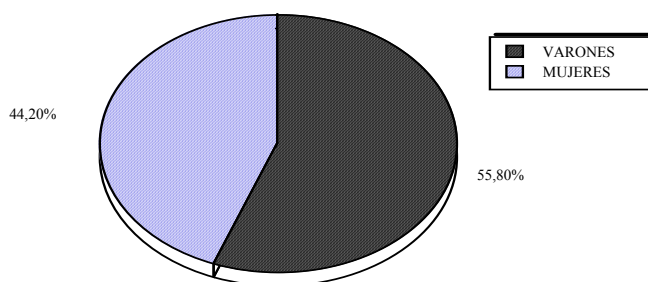
02.- ALUMNOS ENCUESTADOS / EVALUADOS



En esta gráfica (02) podemos apreciar claramente que no todos los alumnos encuestados fueron considerados aptos para el estudio. Por diferentes motivos y circunstancias han debido de suprimirse 274 alumnos que equivale a un 28,27 % del total de alumnos encuestados. Las diferentes causas se deben fundamentalmente a:

- La falta de datos de identificación. Por una causa o por otra no pudimos identificar suficientemente aspectos esenciales que incidían en nuestro estudio.

P.1.- PORCENTAJES DE LA MUESTRA SEGUN SEXO



- Datos incompletos. Algunos sujetos, bien por falta de atención, por falta de tiempo, de comprensión de la tarea, por azar, o por cualquier otra causa, presentaban las diferentes pruebas incompletas.

- La incoherencia en las pruebas de Personalidad. Algunas pruebas de personalidad cuentan con un factor adicional de Sinceridad o Coherencia en la prueba que detecta a los sujetos que por diferentes causas enunciadas anteriormente no resulta fiable la misma prueba y por consiguiente deben de anularse. Esto ocurría principalmente con el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, versión Junior, (E.P.Q.-J).

En esta gráfica (P.1), tipo pastel, podemos apreciar el porcentaje total de varones y mujeres que fueron evaluados en el total de la muestra obtenida en este estudio. Existe un 55,80% de varones y un 44,20 % de mujeres.

I.4.- Material empleado

El material empleado para este estudio consta de:

- Vídeo educativo, tipo documental, acerca de las implicaciones en salud a causa del fumar.
 - Charla informativo-educativa sobre el fumar y sus implicaciones en la salud del adolescente.
 - Se aplicaron los siguientes Cuestionarios:
- a).- **Cuestionarios sobre el fumar (Modelos A y B).** Estos cuestionarios nos ofrecerían información sobre la incidencia, actitudes, aprendizaje y publicidad en lo referente al fumar. El Modelo A contiene 55 preguntas acerca de estas áreas que hemos mencionado. El Modelo B contiene 34 preguntas. El objetivo fundamental era comprobar si la charla informativo educativa había surtido efecto al cabo de tres meses después y si habían aprendido los conceptos fundamentales sobre las implicaciones que comportan a la salud del niño el hecho de fumar. Este Modelo B solamente se aplicó tres meses después.
- b).- **Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ-J).** Contiene diferentes factores de la personalidad adolescente: Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo, Conducta antisocial y Sinceridad. Este último elemento de Sinceridad nos serviría de patrón para poder eliminar algunas pruebas que no alcanzaran el grado suficiente en la coherencia y sinceridad al contestar la prueba. Intentábamos, en definitiva, apreciar algunos elementos de personalidad que podrían contribuir a adquirir o que estuvieran asociados al hábito de fumar.
- c).- **Cuestionario de Inventario de Adaptación de Conducta de Victoria de la Cruz y A. Cordero. (IAC).** Este cuestionario fue elegido para apreciar la adaptación del adolescente en las siguientes áreas: Personal, Familiar, Escolar, Social y una puntuación sobre la adaptación total. Nos interesaba sobre todo para poder apreciar la adaptación-inadaptación del niño. Ello podría contribuir a una mayor o menor actitud hacia el consumo del tabaco.

I.5.- Variables:

Las distintas variables que se pudieron computar para su estudio se encuentran referidas por las distintas pruebas empleadas a través de los Cuestionarios aplicados. Un total de 115 variables fueron estudiadas. Para ello se utilizaron los estudios estadísticos apropiados para este tipo de trabajo, fundamentalmente a través de los porcentajes de respuestas y de las puntuaciones medias. Se llevaron a cabo las consiguientes diferencias estadísticas entre los principales resultados y su análisis a través del ANOVA (Análisis de Varianza).

II.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

Los resultados han sido expresados por medio de gráficas para su mejor lectura y comprensión. El comentario de las diversas gráficas expuestas en este estudio no pretende más que iniciar al lector en el análisis de las principales variables investigadas. Pretendemos que sirva de punto de partida para que con posterioridad cada uno de los lectores puedan profundizar en el análisis de las motivaciones que pudieran tener un particular y propio interés.

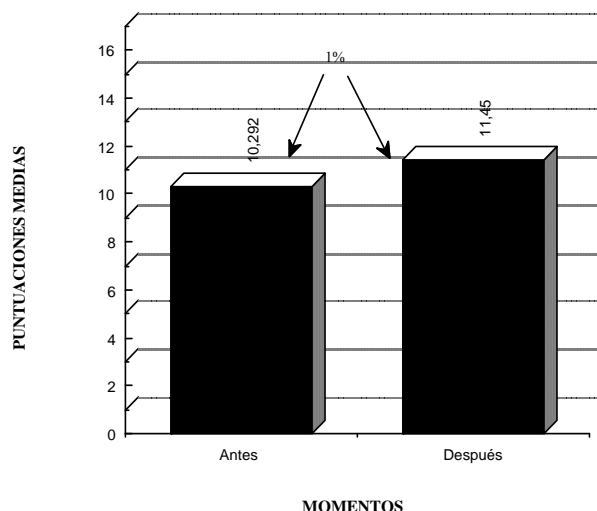
Vamos a reflejar los resultados a través de cinco áreas investigadas: de la Información, de la Actitud hacia el fumar, del Aprendizaje, de la Publicidad y de la Personalidad. Vamos a intentar, dentro de lo posible, hacerlo, primero de una forma general (con todos los escolares) y después hacer un estudio comparativo entre los diferentes Colegios (sólo las más importantes variables). Evidentemente la exposición en este estudio de todas las variables tratadas no es aconsejable, por dos razones: primero porque no han aportado gran cosa a este estudio; y segundo, porque el exponerlas todas alargaría mucho este resumen del trabajo, embrollando quizás el trabajo y perdiendo con ello el hilo fundamental.

1^a.- INFORMACIÓN:

¿El niño ha sido suficientemente informado acerca de los efectos nocivos para su salud que le puede ocasionar el tabaco?

1ª.- AREA DE LA INFORMACION RECIBIDA: Vamos a ocuparnos de las principales variables en las que detectamos la información recibida por el niño. Nos vamos a servir para su mejor expresión de gráficas de barras sobre las cuales se pueden apreciar los valores de las mismas. Primero lo reflejaremos en todos los escolares evaluados para después pasar a la misma expresión en cada uno de los Colegios. Haremos un breve comentario sobre cada una de las gráficas resaltando los puntos más importantes o esenciales encontrados.

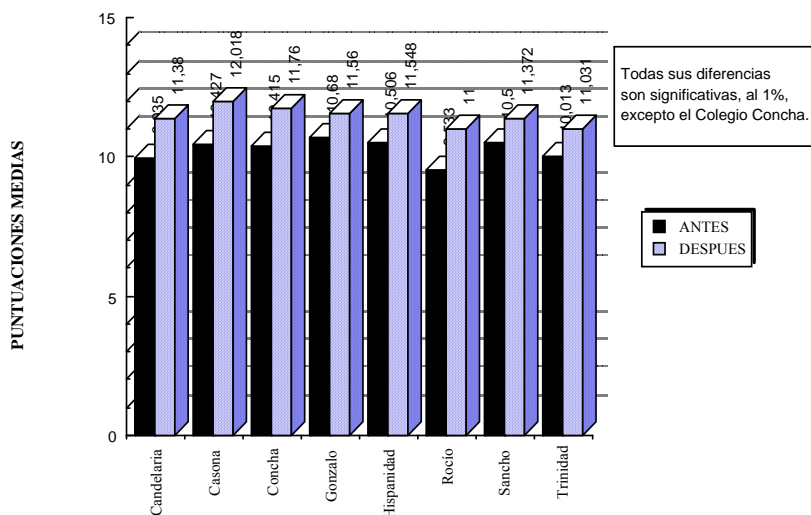
I: INFORMACION GENERAL SOBRE EL TABACO



Se encuentra referida a todo el conjunto de información que el alumno ha recibido, es decir, charla informativo-educativa y vídeo. Contemplamos, pues dos momentos: “*antes*”, en donde aún no ha recibido la información (ni de la charla ni del vídeo) y un “*después*” de recibir la información en el que han transcurrido aproximadamente tres meses. Sus resultado aprecian, a través de sus puntuaciones medias, que la diferencia entre el “antes” (10,29 %) y el “después” (11,45 %) es significativamente importante (estadísticamente significativa al n.c. del 1 %). Lo que quiere decir que el niño ha aprendido cierta cantidad de información que le hace ser significativamente diferente a la tenida tres meses antes. Por ello, podemos concluir que la información ha sido muy positiva.

Pretendíamos saber si la información ha sido positiva, si han aprendido algo más de lo que sabían, en todos y cada uno de los colegios. Se puede apreciar que las diferencias entre el “antes” de la información recibida y tres meses “después” ha sido notablemente significativa, exceptuando el Colegio de Ntra. Sra. de la Concha.

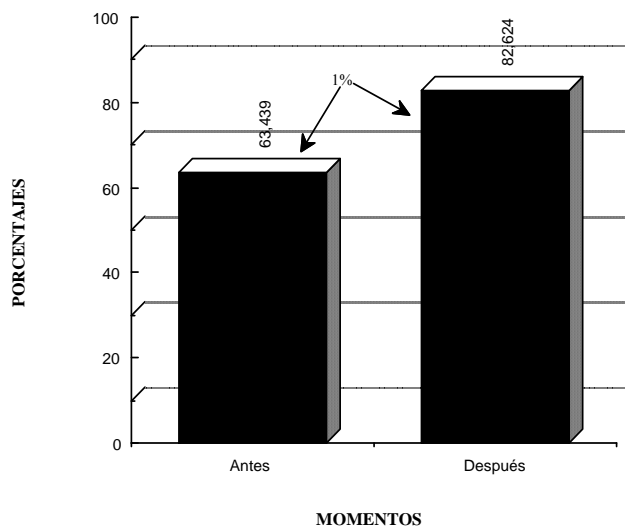
I-A: INFORMACION GENERAL RECIBIDA (COLEGIOS)



Igualmente es interesante destacar cómo el tipo de información que poseen sobre el tabaco es muy similar en todos los niños (en torno a la puntuación media de 10), a pesar de que dichos niños han sido educados en distintos ambientes, con distintos niveles económicos y educativos, que aquí no se reflejan.

La impresión que se percibe es que la información que los niños tienen sobre el tabaco no tiene precisamente un origen familiar y sí una base que pudiera ser más común a todos, como pudiera ser la originada por los distintos medios de comunicación u otros medios a los que indudablemente tienen similar acceso la totalidad de los niños, informando en una única dirección, y que además parece ser independiente del nivel económico y educativo.

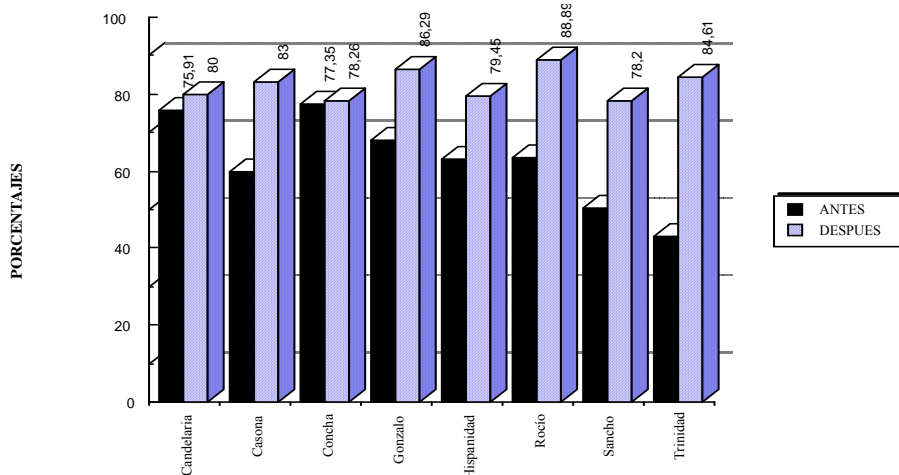
II: ¿SUFICIENTEMENTE INFORMADO?



Al niño se le ha hecho esta misma pregunta: ¿Crees estar suficientemente informado de los efectos nocivos del tabaco para tu salud?. Volvemos a encontrarnos con importantes diferencias entre el “antes” de la charla informativa y “después” de la misma, pasando de un 63,44 % a un 82,62 %. Es por tanto esta diferencia significativamente importante (estadísticamente significativa al n.c. del 1%) que nos hace entender que dicha diferencia no se debe al azar, sino a una variable interviniente como causa productora de dicho cambio. Evidentemente la charla informativo-educativa ha surtido uno de los efectos perseguidos: que los chavales estuviesen mejor informados.

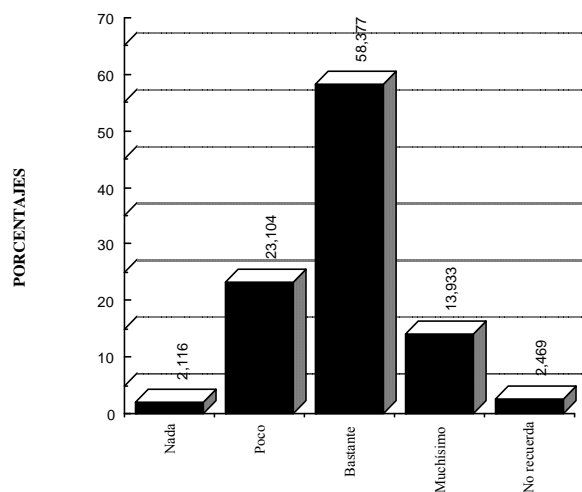
Esta gráfica muestra una visión general de todos los alumnos de los diferentes Colegios. Pero también nos interesaba apreciar esto mismo en todos y cada uno de los Colegios. A esto nos referimos en la siguiente gráfica (II-A).

II-A: ¿SUFICIENTEMENTE INFORMADO? (COLEGIOS)



Analizando estos mismos resultados, ahora referido por Colegios, en la totalidad de los mismos se confirman las diferencias significativas habidas en la anterior gráfica (II). Es de destacar la importante mejora que la información sobre el tabaco experimenta después de la charla informativo-educativa en los Colegios de la Stma. Trinidad, Sancho.-II, Ntra. Sra. del Rocío y Alejandro Casona.

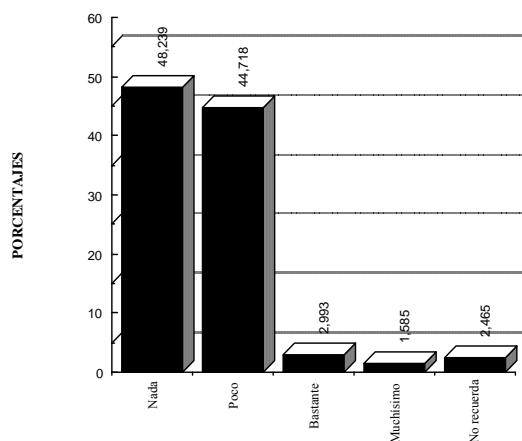
III: ¿TE GUSTO LA CHARLA?



La gráfica es lo suficientemente expresiva¹. Podemos apreciar que a más de la mitad (58,77 %) de los alumnos les gustó “bastante” la charla. Casi un cuarto de los encuestados (23,104 %) les agradó solo “un poco”. Es importante apreciar debidamente que la charla informativo-educativa, al menos por lo que dicen los chicos, ha sido positiva, más aún cuando no se contó con las motivación o interés de los niños previa a la exposición de la misma.

En este caso no realizamos las gráficas correspondientes de los Colegios ya que no aportaría gran cosa al estudio y resultaría enormemente complejo el representar las distintas variables (“nada”, “poco”, “bastante”, etc.) por cada uno de los Colegios estudiados, siendo en este caso necesario para su debida exposición gran cantidad de gráficas. Buscamos la opinión general de los muchachos.

IV: ¿TE ABURRISTES?

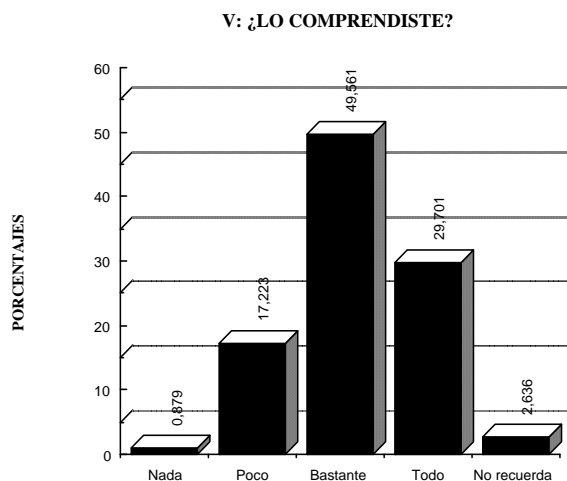


Es también muy parecida a la anterior, pero donde podemos apreciar que les resultó interesante y no se aburrieron “nada” casi la mitad de los alumnos (48,24 %) mientras que algunos también se

¹ Los números que se encuentran justo encima de la columna obedece al porcentaje de chicos que han contestado de esa manera.

aburrieron “un poco” (44,72 %). Podemos apreciar como conclusión general de esta gráfica que la charla es aceptada, en general, por casi un 93 % de los chicos.

Igualmente que en el caso anterior, y prácticamente por los mismos motivos, no expresamos la representación de esta misma gráfica a través de los distintos Colegios.



Gráfica muy ilustrativa en cuanto a la viabilidad comprensiva para los alumnos. Los resultados parecen que son bastante ilustrativos del nivel de comprensión. Más del 78 % de los alumnos lo comprendieron casi todo. Este porcentaje en la comprensión de la charla impartida por el equipo de investigación, creemos que es importante por dos motivos: En primer lugar indica que los contenidos se encontraban ajustados al lenguaje y a la comprensión de los niños con una determinada edad. En segundo lugar, los resultados que se obtengan, cualesquiera que fuesen, podrán deberse a la eficacia (o no) de las charlas, a la inutilidad (o no) de los contenidos, a la falta (o no) de motivación de los niños por estos temas, etc., etc., pero no podrán ser puestos en duda los resultados futuros debido a un escaso porcentaje de niños que comprendieron el contenido de los mensajes emitidos.

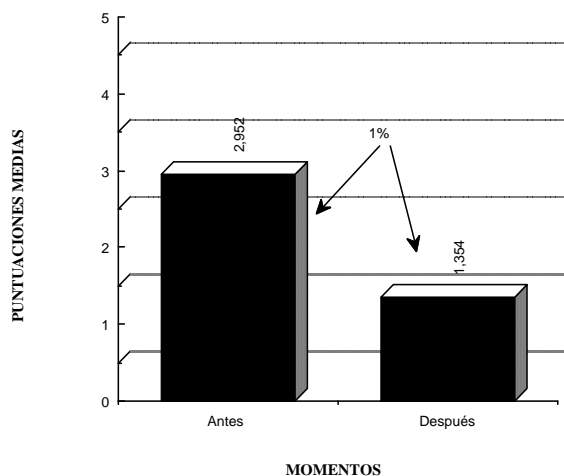
Resumiendo: en esta área de información, parece ser que ha sido muy positiva la información recibida por los alumnos en cuanto al aprendizaje de nuevos conceptos y características sobre el tabaco, sobre el nivel de adecuación y comprensión de la charla y del material expuesto. El aprendizaje fue significativamente expresado por las diferencias entre el “antes” y el “después”.

2ª.- ACTITUD HACIA EL FUMAR

¿Cuál ha sido la actitud general del niño hacia el fumar?

2ª.- AREA DE LA ACTITUD HACIA EL FUMAR: Este área se encuentra referida por una serie de gráficas que nos van a dar una visión sobre las diferentes actitudes de los escolares sobre el tabaco.

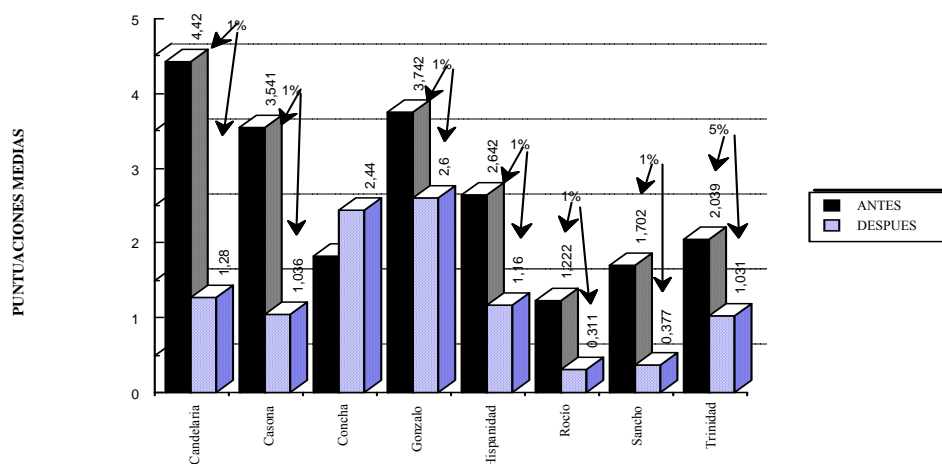
VI.- ACTITUD GENERAL HACIA EL FUMAR



Con ello hemos querido significar una actitud general hacia el tabaco por parte del adolescente. No se centra en una pregunta concreta sino en un conjunto de preguntas que comportan una determinada actitud. Hemos de tener muy en cuenta, en ésta y la siguiente gráfica, que cuanto mayor sea la puntuación obtenida más negativo resulta para la salud de la persona: implicaría que al sujeto le gusta fumar, desea fumar, le gusta también que los demás fumen, incluso oler el humo del tabaco, etc., es una actitud positiva hacia el fumar más, pero negativa para su salud.

Esta gráfica se encuentra referida sólo a los adolescentes que fuman. Se aprecia que “antes” de la charla informativa por parte de estos fumadores había una actitud ante el tabaco que ha cambiado significativamente tres meses “después” de recibir la información sobre los efectos nocivos del tabaco. No obstante comenzamos a apreciar que esta “actitud” ante el fumar “antes” de la charla informativo-educativa es más escasa de lo que en principio de otras encuestas publicadas nos hacían sospechar, no superando en el inicio de la investigación el 3% y quedando reducida después de la misma a 1,35 %.

VI-A: ACTITUD GENERAL HACIA EL FUMAR (COLEGIOS)



Dada su ubicación, podríamos establecer una hipótesis relativa a distintos niveles económicos y culturales de los Centros y, en consecuencia, de influencia educativa familiar que hubiese podido traducirse en una actitud distinta ante el tabaco.

El hecho de que no sea así, nos hace pensar que las conductas y actitudes favorables o desfavorables ante el fenómeno del tabaco no sean intencionadamente canalizadas por el medio familiar y

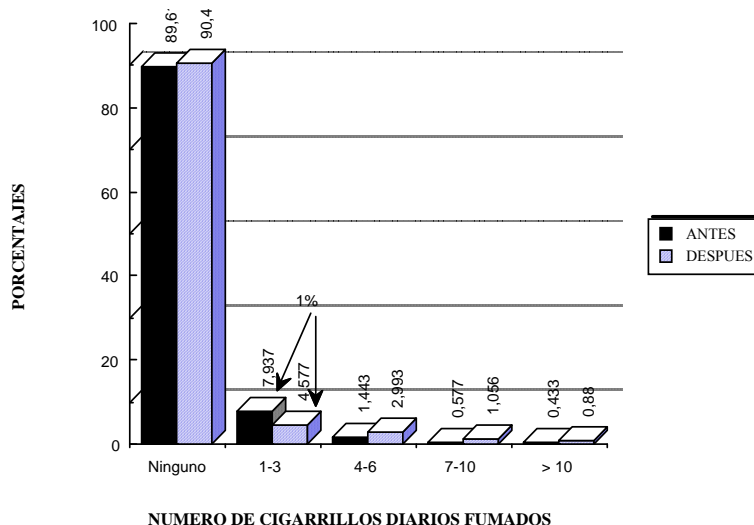
sí por otros factores, como podrían ser los medios audiovisuales, patrones de imitación y aprendizaje, etc., que iremos viendo en este estudio.

Estos razonamientos anteriormente expuestos pudieran seguir tomando cuerpo cuando vemos que en otros Colegios, también ubicados en la periferia de la ciudad y supuestamente con familias de similar nivel económico y cultural al Alejandro Casona o Ntra. Sra. de la Candelaria como son Ntra. Sra. del Rocío y Stma. Trinidad, tienen una menor predisposición o “actitud” hacia el consumo del tabaco. Destacar que ambos Colegios son de régimen privado y regentados por Instituciones de ordenes religiosas.

La comparación anteriormente realizada es válida también para el Colegio Ntra. Sra. de la Concha, que se encuentra ubicado en el centro de la ciudad, teóricamente con el mismo tipo de niño, pero con una actitud “antes” de la charla mucho menor hacia el consumo de tabaco. Por el contrario, es el único Colegio que en las pruebas realizadas algún tiempo “después” de la charla ofrece un ligero aumento en su actitud o predisposición hacia el tabaco, que no llega a ser significativa, pero que apunta un efecto negativo de la charla. En este Colegio sólo se aplicó el estudio al curso de 8º. de EGB. Existen indicios razonables para pensar que si el estudio hubiese sido realizado también a 7º. de E.G.B., probablemente los resultados globales de este Colegio hubiesen cambiado en otra dirección.

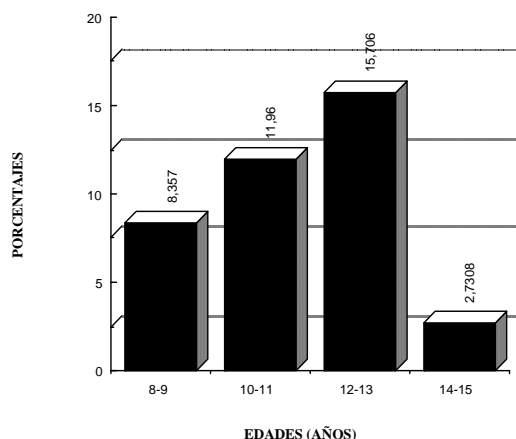
Gráfica diferenciada por el “antes” y el “después”. Podemos apreciar que el 89,61 % de los adolescentes “antes” no fuman diariamente ningún cigarro, y “después” hay algunos más que no fuman (90,49%), pero esta diferencia ha sido tan insignificante que no ha sido importante (no ha resultado ser estadísticamente significativa). Se puede apreciar que el cambio (han dejado algunos de fumar) se ha producido, fundamentalmente, en aquellos pocos niños que fuman entre 1 y 3 cigarrillos al día, sin embargo los que fuman más de 3 cigarrillos diarios no han experimentado cambio alguno en su frecuencia en el fumar o en el número de cigarrillos diarios fumados

VII: ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMAS AL DIA?



Poco a poco la evaluación de los resultados, así como la visión de las gráficas nos está permitiendo apuntar ya las primeras impresiones de la investigación realizada. En anteriores gráficas (I-A, VI-A) veíamos como, tanto la información suministrada como la actitud hacia el fumar, había sido significativamente favorable para la salud de los niños después de la charla recibida; en cambio, los comportamientos personales sobre “su” consumo de tabaco no se han modificado, excepto en los niños menos fumadores (entre 1 y 3 cigarrillos diarios), que son los únicos, dentro de los niños que habitualmente fuman, los que han disminuido significativamente el consumo diario de tabaco, pasando de un 7,9 % a un 4,5 %. El resto, apenas modifican su comportamiento ante el tabaco. Inclusive entre los niños que fuman entre 4 y 6 cigarrillos diarios, se aprecia un ligero ascenso en el consumo del tabaco, pasando de 1,4 % a un 2,9 %, si bien dicha diferencia no es significativa estadísticamente y por tanto pudiera haber sido obtenida al azar, aunque merece la pena ser tenida en cuenta.

VIII: EDAD DEL PRIMER CIGARRILLO FUMADO



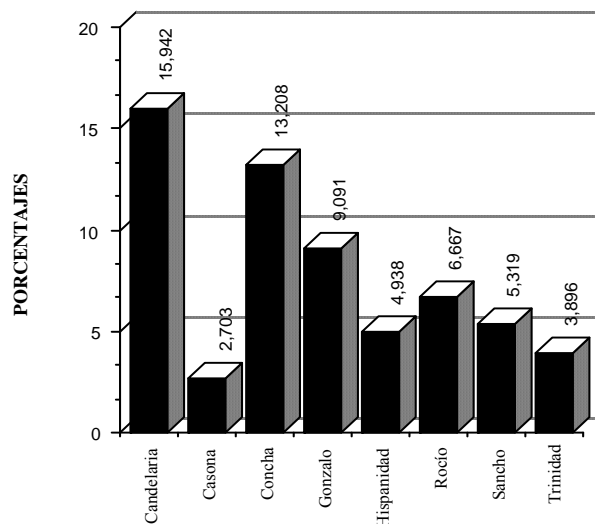
Nos interesaba igualmente saber la edad en la que el chico ha probado por primera vez un cigarrillo (no quiere decir que comience a fumar). Podemos apreciar que a los 8 años hay un porcentaje considerable de probadores del tabaco. La edad de los 12-13 años es la más común para probar un cigarrillo. Podemos apreciar igualmente el brusco descenso a los 14-15 años. Esto quiere decir que un porcentaje aproximado del 36 % de chavales ha probado fumar antes de los 14 años.

Igualmente esta gráfica, como en otras ya comentadas, nos parece de especial interés porque nos permite apreciar la edad más probable en la que los niños comienzan a tomar contacto con el tabaco. El ocurrir entre los 12-13 años pudiera estar vinculado al inicio de la pubertad y a los comportamientos sociales a ella asociados. Estos comportamientos serían la mayor salida del entorno familiar en los tiempos de ocio, el compartir este tiempo libre con grupos de amigos en un nuevo juego de roles y de relaciones sociales entre los que podemos enfatizar la tendencia a repetir el mismo estilo de comportamiento que el que para ellos pudieran ser sus modelos de identificación (figuras de apego o grupos de referencia), el comportamiento de los amigos, el intentar adaptarse a lo que ellos pueden entender son las normas de grupo, la necesidad de filiación, etc., etc.

En consecuencia parece claro que los 12-13 años es una edad en la que tanto a nivel familiar, escolar y público deben tomarse las medidas adecuadas preventivas para evitar la “actitud” favorable que termine con el comportamiento del tabaco.

Y destacamos la importancia de la “actitud” porque ésta es una disposición para valorar favorable o desfavorablemente los objetos. La actitud es una disposición valorativa que implica: “sentimientos hacia...” (componente afectivo), “creencias con respecto a...” (componente cognitivo) y una “tendencia a comportarse de una determinada manera” (componente conativo).

VIII-A: PRIMER CIGARRILLO: 8-9 AÑOS. (COLEGIOS)



El escaso porcentaje de acceso al tabaco que se da entre los 14-15 años (2,7 %) debe ser tomado con mucha precaución. No debemos olvidar que el estudio se hace a niños de 7º y 8º de EGB, por lo que las edades más frecuentes son las comprendidas entre los 12-13 años. Por lo tanto el grupo de adolescentes que toma contacto a los 14-15 años son niños que se encuentran entre los cursos anteriormente mencionados, pero que indudablemente implicaría un porcentaje minoritario dentro de la totalidad de la muestra investigada. Para saber con eficacia el porcentaje de adolescentes que con 14-15 años tienen acceso por primera vez al tabaco tendríamos que investigar en los institutos, que es donde realmente se encuentran la mayoría de la población con esas edades, muestra que no fue investigada por nosotros. Veamos en los diferentes Colegios cómo se aprecia esta variable (ver Gráfica VIII.A).

Podemos observar que es el colegio de Ntra. Sra. de la Candelaria donde se aprecia la más temprana edad en probar el cigarrillo con el 15,94% de sujetos. A continuación le sigue el Colegio de Ntra. Sra. de la Concha con un 13,20% de niños que dicen haber probado su primer cigarrillo entre los 8 y 9 años. Los dos Colegios que presentan el índice más bajo a esta edad, son el de A. Casona y Stma. Trinidad, con un 2,70 % y 3,89 % respectivamente.

En esta gráfica (VIII-A) y en las sucesivas (VIII-B, C y D) se vuelven a repetir lo que ya comentamos cuando hablábamos de la actitud hacia el tabaco (gráfica VI-A). Colegios tan dispares en su ubicación geográfica, y lo que ello pudiera significar a nivel económico, cultural, social, educativo y familiar, como Ntra. Sra. de la Candelaria, Ntra. Sra. de la Concha y Arias Gonzalo, presentan mayor porcentaje de contacto con el tabaco a los 8-9 años que el resto de los Colegios, siendo el porcentaje más escaso el de la Stma. Trinidad con un 3,8 % de los niños.

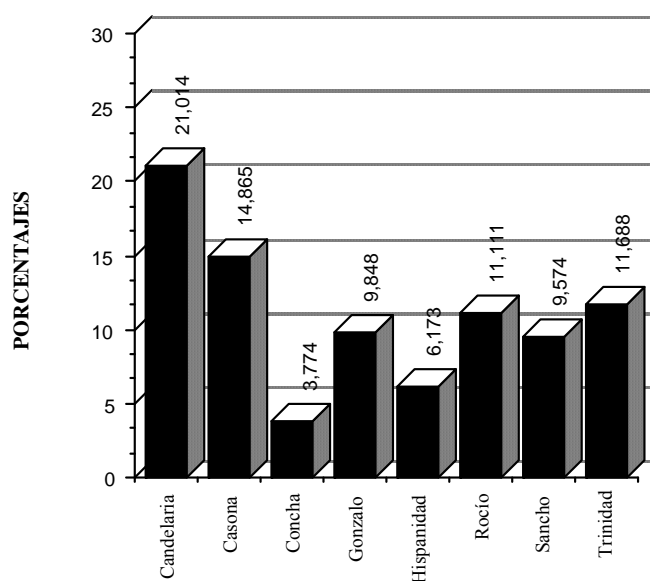
El acceso por primera vez al consumo del tabaco a estas edades parece estar directamente relacionados con el porcentaje de niños/as que tienen los respectivos Colegios. En este sentido, se puede apreciar claramente cómo los Colegios anteriormente mencionados con mayor porcentaje de sujetos que acceden al tabaco a los 8-9 años son Colegios en los que existe una significativa diferencia entre niños y niñas a favor de los primeros (consultar Gráfica 01). Por contra, los Colegios de la Stma. Trinidad, Sancho.-II y Ntra. Sra. del Rocío, son Colegios en los que los porcentajes niños/as se encuentran invertidos a favor de las segundas.

De dicha evaluación parece concluirse que:

1º).- El distinto porcentaje de acceso al tabaco que se percibe en los distintos Colegios a los 8-9 años se encuentra en relación directa con los distintos porcentajes niños/as que se dan en los mismos (gráfica 01) y que han sido evaluados, aunque puede no corresponder con los totales absolutos de niños/as que el Colegio tiene en los respectivos cursos.

2º).- De los resultados se deduce que los niños comienzan a consumir tabaco antes que las niñas, como así lo atestiguan aquellos Colegios que tienen evaluados mayor porcentaje de niños que de niñas.

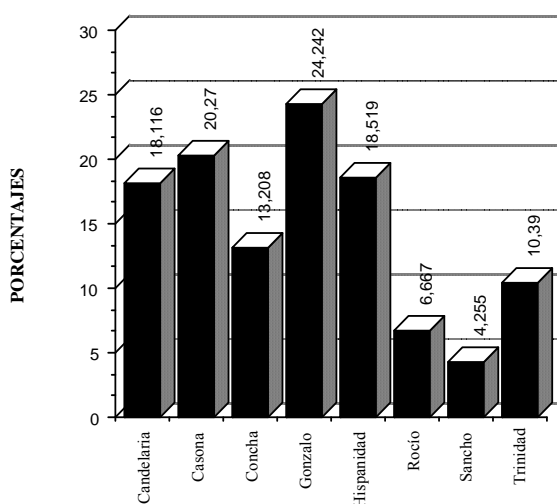
VIII-B: PRIMER CIGARRILLO: 10-11 AÑOS. (COLEGIOS)



Entre los 10 y 11 años aumenta el número de escolares que han probado por primera vez un cigarrillo. Podemos apreciar a los Colegios de Ntra. Sra. de la Candelaria con un 21,01 % de niños que lo han probado a esta edad y el de A. Casona con un 14,86 %. Los Colegios que menor porcentaje de niños ha probado el cigarrillo son los de Ntra. Sra. de la Concha y el Colegio de la Hispanidad con un 3,77 % y 6,17 % respectivamente.

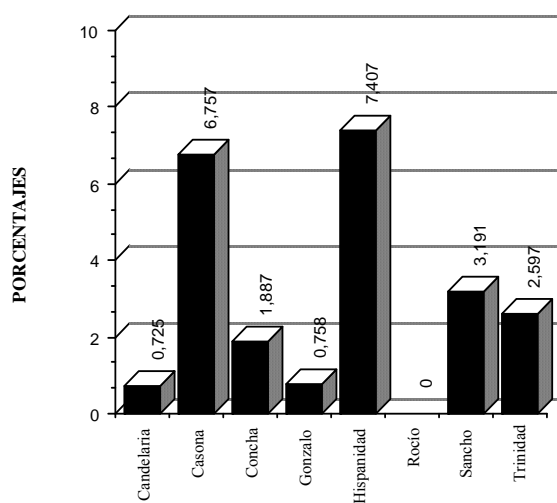
En esta gráfica pudiera darse la entrada en contacto con el tabaco por primera vez de un mayor número de niñas, como parece demostrarse por la subida experimentada en aquellos colegios donde las niñas son superiores en número a los niños. Así parece demostrarse en los Colegios de Ntra. Sra. del Rocío, Sancho.-II y Stma. Trinidad, que entre los 8-9 años tenían unos porcentajes de primer contacto con el tabaco del 6,6 5, 5,3 % y 3,8 % respectivamente y a los 10-11 años han pasado a tener contacto con el tabaco en unos niveles significativamente superiores del 11,1 %, 9,5 % y 11,6 % respectivamente. Destacan igualmente la subida espectacular que en esta edad (10-11 años) experimenta el Colegio Alejandro Casona, que tiene una proporción similar entre niños y niñas evaluadas (38 niños y 37 niñas), que de un 2,7 % de contacto con el tabaco a los 8-9 años, ha pasado bruscamente a un 14,8 % entre los 10-11 años.

VIII-C: PRIMER CIGARRILLO: 12-13 AÑOS. (COLEGIOS)



Parece que es el Colegio de A. Gonzalo el que mayor porcentaje presenta (24,24 %) de chicos que prueban por primera vez el cigarrillo. Le sigue en incidencia el colegio de A. Casona con un 20,27 %. Los dos colegios que más baja incidencia presentan son los de Sancho.-II, con un 4,25 %, y el de Ntra. Sra. del Rocío, con un 6,66 %.

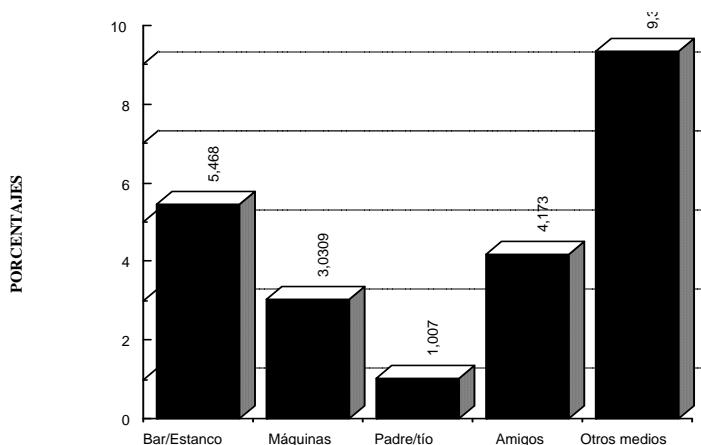
VIII-D: PRIMER CIGARRILLO: 14-15 AÑOS. (COLEGIOS)



Esta gráfica nos muestra una gran variabilidad ya que se muestran los porcentajes más altos en aquellos Colegios donde más tardíamente los escolares se han iniciado en el fumar, como son los de la Hispanidad (7,40 %) y el de A. Casona (6,75 %). Por el contrario los que presentan un porcentaje más bajo son los de Ntra. Sra. del Rocío y el de Ntra. Sra. de la Candelaria, con un 0 % y un 0,72 % respectivamente.

Conviene recordar que las evaluaciones realizadas a los 14-15 años deben ser tomadas con mucha precaución, dado que es una edad en la que una mayoría de los niños están ya en enseñanzas medias, siendo escasa y dispar el número de adolescentes que a esta edad están aún en 7º y 8º de EGB. En todo caso conviene saber que estos resultados cubren un escaso número de población investigada.

IX: ¿COMO CONSIGUES EL TABACO?

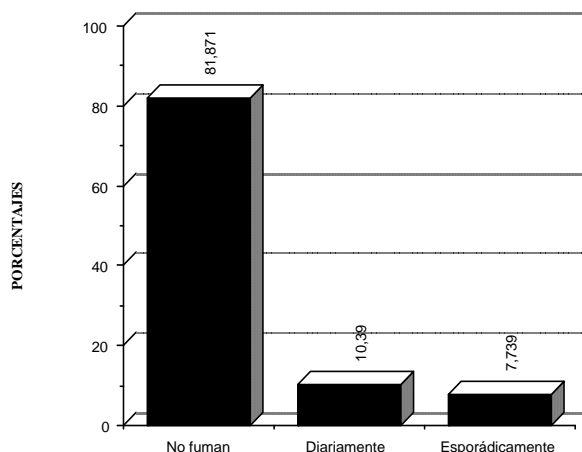


FORMAS DE CONSEGUIR EL TABACO

Apreciamos que los medios conocidos por los cuales el escolar consigue el tabaco son diversos, el bar o el estanco (5,46 %), los amigos (4,17 %) y las máquinas (3,03 %), por este orden. Hay un porcentaje mínimo (1 %) que son los padres o tíos los que le suministran el tabaco esporádicamente. Pero el porcentaje más alto se lo lleva el denominado “por otros medios” (9,35 %), en donde podemos apreciar que es el mismo escolar quien lo adquiere y no precisamente en el estanco, bar o máquinas expendedoras, siendo el origen y la fórmula de dicha adquisición variada y en todo caso desconocida para nosotros.

Nos sorprende el elevado porcentaje de adolescentes que ha respondido “otros medios”, pregunta que nosotros habíamos introducido como residual por agotar todas las vías de adquisición pero pensando que casi la totalidad de los adolescentes responderían en la dirección de las restantes posibles respuestas (bar, máquinas, amigos, etc.).

X: FRECUENCIA ACTUAL EN EL FUMAR

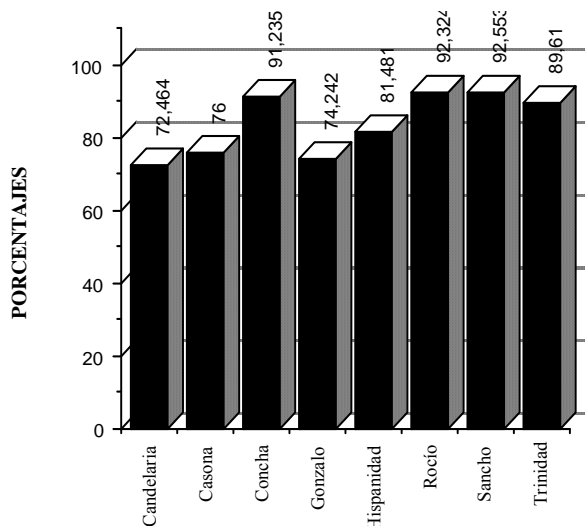


FRECUENCIA EN EL FUMAR

Deseábamos saber qué porcentajes de fumadores tenemos entre los escolares zamoranos entre 12 y 14 años y por esta gráfica podemos apreciar que aproximadamente un 18 % son fumadores, de los cuales habitualmente sólo lo hacen un 10,39 % y esporádicamente un 7,73 %. Podemos apreciar estos mismos datos cómo se reparten a través de los distintos Colegios.

Estos datos son parcialmente tranquilizadores si los comparamos con otras encuestas nacionales o internacionales donde se dan porcentajes superiores en el consumo habitual de tabaco a los obtenidos en adolescentes zamoranos. En la muestra obtenida en la ciudad de Zamora el 81,87 % de los evaluados no fuman ni diaria ni esporádicamente. No debemos de confundir este dato con los adolescentes zamoranos que entre los 8 y 15 años han probado alguna vez un cigarro, un 38,75 %.

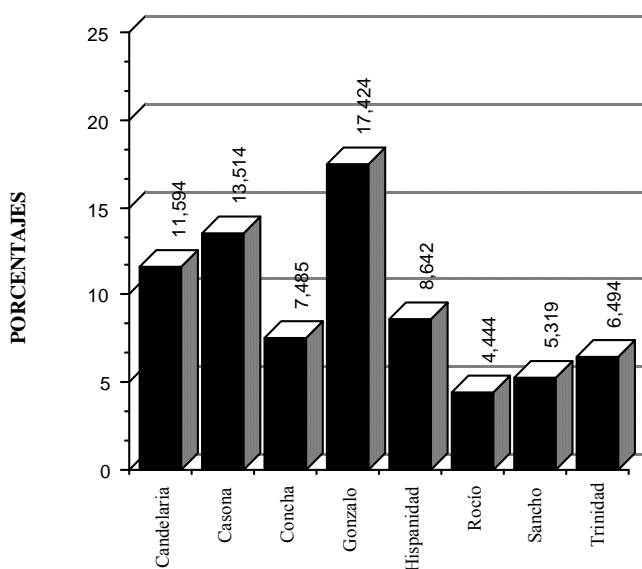
X-A: ACTUALMENTE NO FUMAN (COLEGIOS)



Según el criterio de los mismos chavales reflejado en esta gráfica, podemos apreciar que en los Colegios donde menos porcentajes de fumadores habituales existen son los de Sancho.-II, Ntra. Sra. del Rocío y Ntra. Sra. de la Concha con un porcentaje del 92,55%, 92,32 % y 91,23 % respectivamente. Sin embargo los colegios donde fuman más los chavales parecen ser los de A. Gonzalo (25,8 %), Ntra. Sra. de la Candelaria (25,6 %), y A. Casona (24,00 %).

Para una correcta interpretación de los datos es necesario destacar nuevamente que aquellos Colegios con mayor porcentaje de niñas evaluadas son quienes menores porcentajes de fumadores tienen, como ocurre en Ntra. Sra. del Rocío, Sancho.-II y Stma. Trinidad.

X-B: FUMAN DIARIAMENTE (COLEGIOS)



Siempre según la misma opinión de los escolares, podemos ver a través de esta gráfica que el Colegio donde más fuman diariamente es el de A. Gonzalo (17,42 %) y el que menos el de Virgen del Rocío (4,44 %).

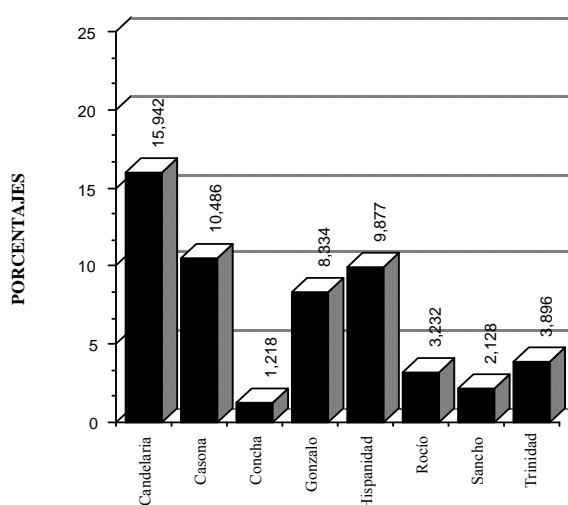
Si analizamos comparativamente las gráficas VIII-A, B y C con la que en este momento estamos comentando podríamos comprobar que los niños de los Colegios que más tardíamente tomaron contacto con el consumo de tabaco por primera vez (12-13 años), como son los niños del Alejandro Casona y del Arias Gonzalo (20,27 % y 24,24 % respectivamente), son quienes una vez iniciados en el consumo del tabaco lo están convirtiendo en un hábito diario. En cambio, otros Colegios donde los niños fueron muy precoces en el contacto con el tabaco (8-9 años) y tuvieron los porcentajes más elevados de la muestra en este consumo, como son Ntra. Sra. de la Candelaria y Ntra. Sra. de la Concha, no mantienen unos niveles de consumo en los mismos porcentajes que su precocidad en el inicio del consumo de tabaco podría temerse, siendo superado, como ya decíamos anteriormente por el Alejandro Casona y Arias Gonzalo.

Contrariamente, y como ya viene siendo habitual, los menores índices de uso diario del tabaco se dan en aquellos Colegios donde existe en la muestra evaluada una mayor porcentaje de niñas que de niños, como son los Colegios de Virgen del Rocío, Sancho.-II y Stma. Trinidad, con un 4,4 5, 5,3 % y 6,4 % respectivamente.

En resumen, los resultados del análisis de esta variable nos llevan a pensar que el uso diario de tabaco no se encuentra tanto en el inicio precoz del fumar el primer cigarrillo (8-9 años) como el iniciar este contacto en el comienzo de la pubertad y adolescencia (12-13 años), donde los patrones de imitación, comparación social, modelos, etc., como ya comentamos en la gráfica VIII, llevan a mantener el consumo y el que éste se transforme en hábito.

Por otro lado, y en base a lo evaluado hasta este momento, parece desprenderse que en estas edades (12-13 años) las niñas/adolescentes están menos introducidas en el consumo diario del tabaco de lo que están sus compañeros de distinto sexo.

X-C: FUMAN ESPORADICAMENTE (COLEGIOS)



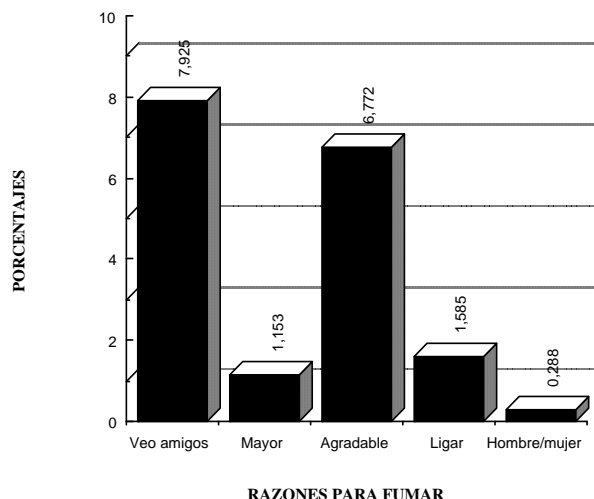
La gráfica X-C es bastante expresiva de los escolares que fuman de vez en cuando y en donde podemos apreciar al Colegio de la Candelaria como el que tiene el mayor porcentaje (15,94 %), y al de Ntra. Sra. de la Concha como el que menos escolares manifiesta que fumen esporádicamente (1,21 %).

El fumar esporádicamente sí parece estar relacionado con el inicio precoz en el contacto con el tabaco. Así parece evidenciarse si comparamos la gráfica VIII-A con la X-B. En ambas aparece Ntra. Sra. de la Candelaria como el Colegio que experimenta un mayor porcentaje de niños que comienzan a fumar a los 8-9 años (15,9 %), siendo este mismo porcentaje el que se obtiene (15,9 %) cuando evaluamos el consumo esporádico de tabaco. No obstante, de esta comparación no nos atrevemos a hacer una afirmación generalizada en este sentido aunque, por lo menos en el Colegio de Ntra. Sra. de la Candelaria sí parecen repetirse prácticamente los mismos porcentajes.

Considerados los porcentajes totales entre adolescentes que fumen habitualmente y esporádicamente, y analizado por Colegios, ocuparía el mayor índice de consumo de tabaco el Colegio de Ntra. Sra. de la Candelaria (27,5 %), el de Arias Gonzalo (25,75 %) y el de Alejandro Casona (24,00 %),

por este orden de mayor a menor incidencia. Por el contrario, el menor porcentaje de fumadores lo ofrecen, y por este orden, los Colegios de Sancho.-II (7,4 %), Virgen del Rocío (7,6 %) y Stma. Trinidad (10,3 %).

XI: RAZONES PARA FUMAR



Cuando tratamos de constatar cuáles son las razones que tienen los escolares para fumar, podemos apreciar que la razón más poderosa (7,92%) es que también lo “ve hacer a sus amigos” (aprendizaje imitativo). Las siguientes razones, y por este orden, son las siguientes: porque lo siente como “agradable” (6,77 %), porque “se liga mejor” (1,58%), porque “uno ya es mayor” (1,15 %) y porque “uno/a se va haciendo hombre/mujer” (0,29 %). Es importante destacar la importancia de los amigos, aspecto que vamos a poder apreciar en este estudio en otras variables.

Resumiendo: Se destaca que en la actitud general hacia el tabaco por parte de los escolares entre 12 y 15 años no se aprecia ninguna actitud de cambio significativa a pesar de las charlas informativo-educativas dadas, de tal manera que el que ya tiene el hábito de fumar parece que seguirá fumando. Algún impacto (en estos tres meses) ha tenido la charla en los fumadores no habituales y esporádicos, sin poder apreciar si esto será o no definitivo. Otro detalle digno de tener en cuenta, y que ya estamos percibiendo, es la importancia de los amigos. Una de las razones que los adolescentes ofrecen con mayor justificación para fumar es que “también lo hacen sus amigos”. Es digno de tener en cuenta el porcentaje (8,35 %) de niños y la edad en que el niño “prueba” su primer cigarrillo, a los 8-9 años.

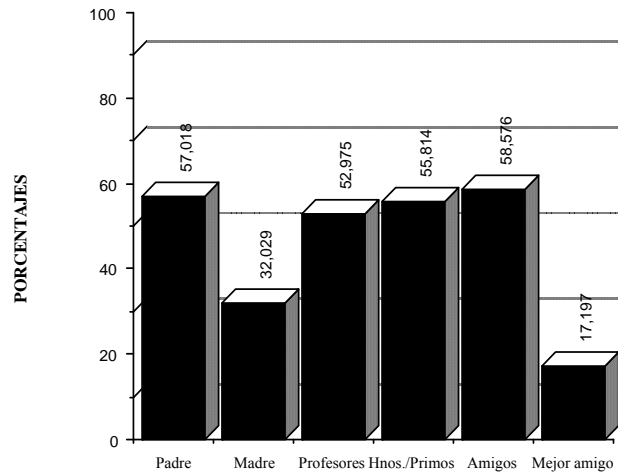
Finalmente parece destacarse que las niñas en estas edades (12-14 años) comienzan a fumar más tarde y fuman en menos porcentaje que los varones.

3ª.- APRENDIZAJE

¿Cuáles son los modelos de los que aprende el niño a fumar?

3ª.- AREA DE APRENDIZAJE: Nos interesaba saber cuáles son los modelos de los que aprende el niño a fumar. Modelos que podrían recaer en padres, profesores, amigos, hermanos, tíos, etc.

XII: ¿APRENDIZAJE POR IMITACION?



Esta gráfica la hemos denominado de esta manera para buscar los patrones imitativos en donde el niño se refleja para poder aprender. A través de los resultados ofrecidos en esta gráfica, podemos apreciar que el niño tiene unos excelentes patrones referenciales de imitación. En primer lugar, y por este orden, podemos observar que más de la mitad de los niños (58,57 %) evaluados dicen que sus amigos fuman; el 57,01 % de los niños observan que sus padres fuman; el 55,81 % de los escolares evaluados afirman tener hermanos o primos que también fuman; el 52,97 % de los alumnos afirman que sus profesores fuman, o han fumado en clase; el 32,03 % de niños observan igualmente que su madre también fuma, y el 17,19% observan que su mejor amigo también fuma. Podemos apreciar, quizás como dato más llamativo y a tener en cuenta, que la madre ha entrado también a formar parte de los patrones a imitar por parte del niño/a.

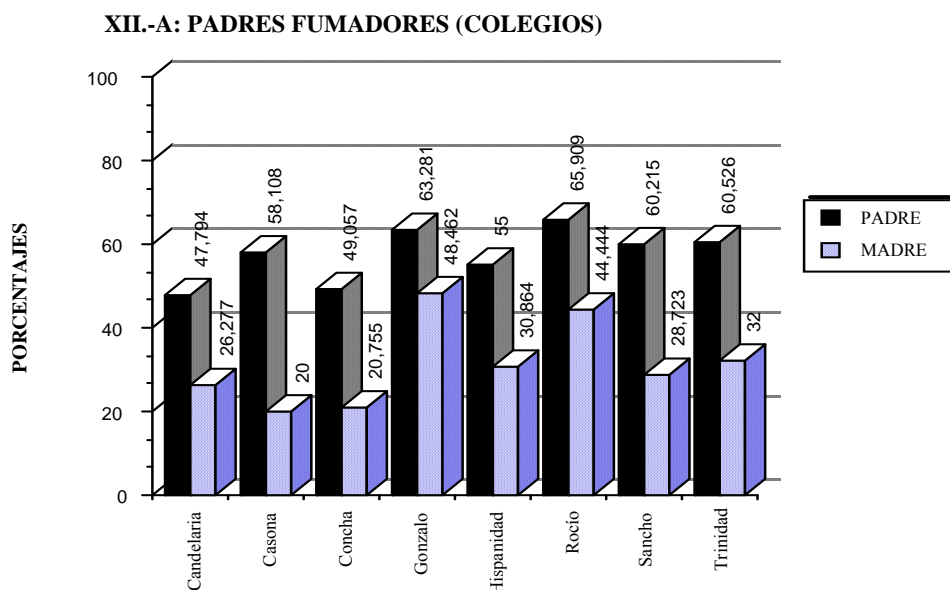
En resumen, parece ser que el niño cuenta con las figuras más adecuadas para aprender a fumar y que representan todo el círculo relacional y afectivo en el que el niño se desarrolla.

En primer lugar, sus figuras de apego (los padres) de las que el niño ha dependido, depende y dependerá, afectiva y emocionalmente, son las que en un 57 % le sirven de base de imitación o referencia para fumar. Figuras parentales que son quienes interiorizan progresivamente en el niño las normas socio-comportamentales, sobre el bien y el mal, sobre lo que es bueno y malo, sobre lo que se debe hacer o no hacer, etc.

En segundo lugar, otro sector que nos parece de gran importancia son los profesores que, al igual que los padres, representan para muchos niños el ideal, la autoridad, el saber, la disciplina, lo que se puede y no se puede, etc. Pues bien, el 52,9 % de los niños indican que su profesores “fuman o han fumado en clase”, lo cual es una referencia imitativa muy válida para un niño que entiende a su profesor como una figura a imitar y seguir.

En tercer lugar, los amigos que, como ya comentábamos cuando hablamos de la gráfica VIII, suelen ser figuras de identificación social y que suelen jugar un papel importante, ya que en estas edades el adolescente comienza a disponer de mayor tiempo para relacionarse con los amigos en detrimento, por lo general, del tiempo de relación con los padres que, de esta manera, van perdiendo poco a poco opciones educativas en beneficio del grupo. Por este motivo el grupo de amigos puede convertirse en las únicas figuras de apoyo e identificación social, que ayudan al adolescente a adquirir un nuevo estatus en base al rol que sean capaces de jugar en el grupo informal. Su intento de adaptarse lo más posible al grupo para ser aceptado puede ser uno de los factores predisponentes que inicien el consumo de tabaco en la adolescencia y que, como comentábamos en anteriores gráficas, cuando se da entre los 12-14 años tiende a mantenerse, probablemente por el refuerzo que el propio grupo hace en favor del tabaco, cuando, lógicamente, el grupo informal es básicamente habitual consumidor de tabaco.

Vamos a apreciar a través de diversas gráficas cómo se produce este comportamiento en los diferentes Colegios.



Podemos apreciar que, de una forma general, no se aprecian diferencias entre los distintos colegios acerca de los padres fumadores de los alumnos. Sin embargo ya las diferencias son más notables cuando nos fijamos en las madres de los alumnos. Entre padre y madre fumadores aún podemos apreciar una gran diferencia. De todas maneras nos sigue llamando la atención el porcentaje tan elevado de las madres fumadoras.

La visión de esta gráfica y la comparación con otras ya vistas anteriormente nos sugieren las siguientes reflexiones:

1).- Nos llama la atención que el porcentaje de padres que fuman en el Colegio de Ntra. Sra. de la Candelaria (47,79 % en los padres y 26,28 % en las madres) es uno de los más bajos, comparativamente hablando, con el total de Colegios investigados y, por el contrario, los niños obtienen el mayor porcentaje de acceso al tabaco entre los 8-9 años (21 %) y son, igualmente, quienes mayores porcentajes tienen de fumadores, entre fumadores habituales y esporádicos (27,4 %). Estos análisis podrían significar que los modelos imitativos en estos niños pudieran no ser única o básicamente los padres. No obstante fumadores habituales tienen solamente el 11,5 %, lo cual pudiera estar favorecido por la, teóricamente, escasa dependencia del tabaco en los padres.

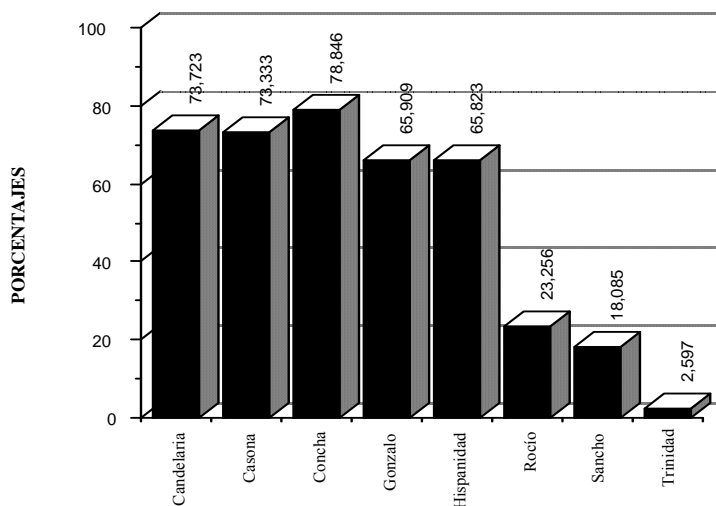
2°).- Se observa un elevado porcentaje de padres fumadores, el mayor, en el Colegio Arias Gonzalo (63,2 % en los padres y un 48,1 % en las madres), siendo, además, las madres de los niños de este Colegio quienes obtienen el mayor porcentaje en el hábito de fumar (48,1 %). Pues bien, en igual medida los niños/adolescentes de A. Gonzalo son quienes tienen el mayor porcentaje de consumo diario de tabaco (17,4 %) y quienes habiendo comenzado a fumar en mayor medida entre los 12-13 años (24,2 %) mantienen el hábito de consumo diario del tabaco. Sumando los porcentajes de consumo diario y esporádico, tenemos en estos niños un porcentaje de un 25,7 % con uso de tabaco, de tal manera que la práctica totalidad de los niños que fuman en este Colegio lo son de uso diario, siendo el 1,5 % del total de fumadores quienes lo hacen esporádicamente.

3°).- Destacar que los padres y las madres de los Colegios de Ntra. Sra. del Rocío, Sancho.-II y Stma. Trinidad, no fuman menos que el resto de los padres de los demás Colegios (inclusive los padres de los niños/as de Ntra. Sra. del Rocío tienen uno de los mayores índices de hábito del tabaco -65,9 % de los padres y 44,4 % en las madres- junto a los ya comentados del Arias Gonzalo), significando todo esto puntos de referencia imitativos para sus hijos. En cambio, veíamos como los niños de estos Colegios eran quienes mantenían los porcentajes más bajos de hábito de tabaco (con un 7,6 % Ntra. Sra. del Rocío, un 7,4 % Sancho.-II y un 10,2 % en la Stma. Trinidad).

Para comprender esta posible incoherencia es necesario recordar que la muestra utilizada en estos Colegios tenía un mayor porcentaje de niñas que de niños.

De estos resultados parece desprenderse que la imitación que los padres pudieran ejercer por su hábito del tabaco parece ser menos asumido en las niñas que en los niños, o por lo menos en las primeras esta imitación y aprendizaje que ofrecen los padres no se ve igualmente reforzado por otras figuras sociales que resultaban influyentes en los niños, como podrían ser las amigas, los medios de comunicación, etc.

XII-B: PROFESORES FUMADORES (COLEGIOS)

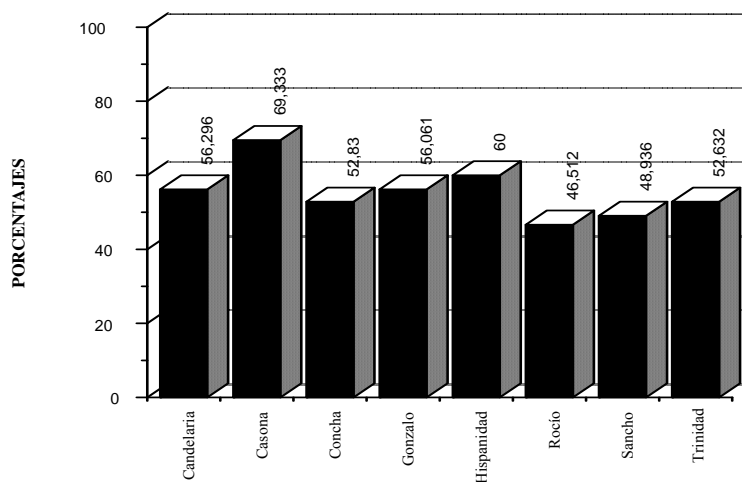


Cuando tratamos de apreciar si los profesores se pueden convertir en imitadores potenciales para el alumno, podemos ver que son los Colegios Ntra. Sra. del Rocío, Sancho.-II y Stma. Trinidad los que presentan las puntuaciones más bajas, siendo altas las diferencias con el resto de los Colegios evaluados.

Aquí parece confirmarse plenamente lo afirmado en la gráfica anterior (XII-A) cuando nos referíamos a los Colegios Ntra. Sra. del Rocío, Sancho.-II y Stma. Trinidad.

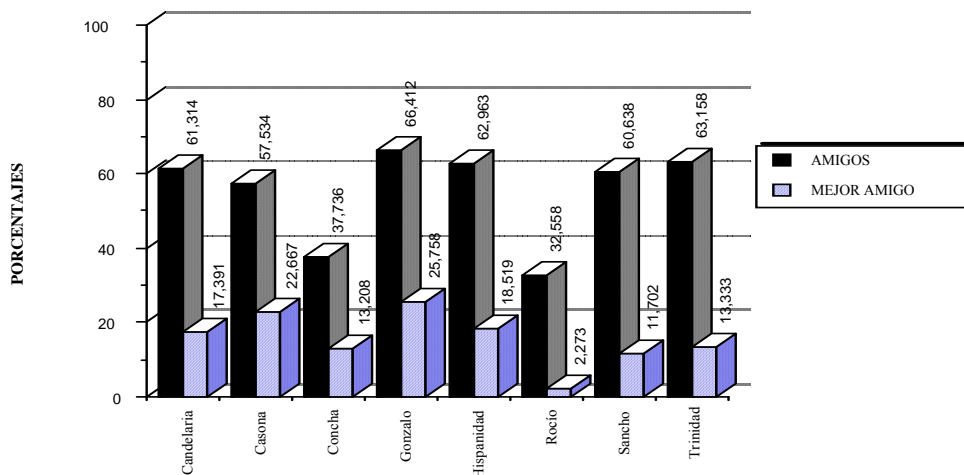
Aquí podemos apreciar que, a pesar de que los padres de los niños/as fuman como los padres del resto de los Colegios, es posible que, además de ser niñas la mayoría, los refuerzos exteriores a la familia no se diesen en la misma medida que en el resto de los Colegios. Este hecho comienza a confirmarse con la diferencia significativa que se encuentran en los porcentajes de los maestros que fuman en estos tres Colegios (media de porcentajes: 14 % de los profesores que, según los niños, “han fumado o fuman en clase”) y los porcentajes que, como se aprecia en la gráfica se dan en los cinco Colegios restantes (media de porcentajes: 71,5 % de los profesores que, según los niños, “fuman o han fumado en clase”).

XII-C: HNOS./PRIMOS FUMADORES (COLEGIOS)



Podemos observar que también los hermanos o primos de los alumnos se pueden convertir en imitadores potenciales al fumar. Todos los Colegios presentan una incidencia muy alta.

XII-D: AMIGOS FUMADORES (COLEGIOS)

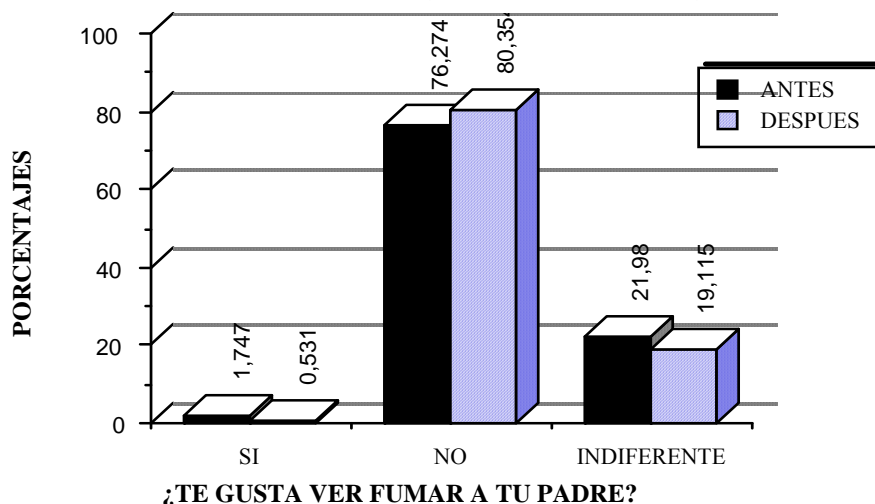


Es curiosa esta gráfica por la diferencia existente en porcentajes entre los amigos y su “mejor amigo” fumadores. Su “mejor amigo” por lo general no suele fumar tanto como puedan hacerlo el resto de sus amigos, existiendo unas diferencias significativas evidentes.

Tal vez sea este factor el principal favorecedor de que actualmente el 89,6 % de los niños/adolescentes no fumen, a pesar de los modelos negativos que puedan estar ejerciendo sobre ellos otras figuras como padres, familiares, amigos en general, etc.

Y en la media en que el mejor amigo también fuma aumenta la posibilidad de fumar también, como parece apreciarse en el Arias Gonzalo donde, tanto en esta como en anteriores gráficas, hemos podido apreciar que tienen modelos imitativos y referenciales tanto dentro de su propia casa como fuera de la misma, en su círculo relacional, que le están condicionando en la dirección del consumo de tabaco.

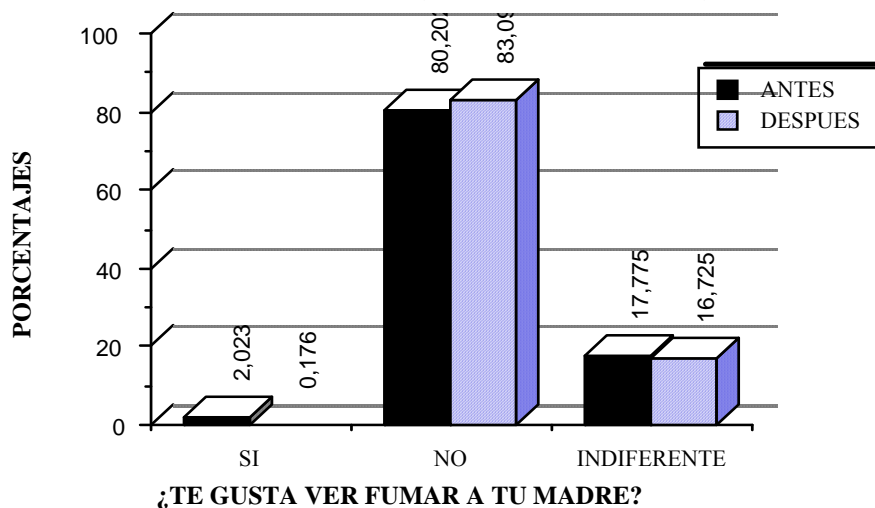
XIII.- LOS HIJOS OPINAN (SOBRE EL PADRE)



Nos interesaba apreciar si a los adolescentes les agradaba ver que sus padres fumaran. En esta primera gráfica podemos apreciar la opinión acerca del padre en dos tiempos: “antes” de la charla informativo-educativa y tres meses “después” de haberse informado acerca de lo perjudicial para la salud que es el tabaco. Se aprecia claramente (aunque su diferencia no resulta significativa estadísticamente) la influencia de lo que han aprendido, incluso para aquellos a los que les era indiferente que fumara su padre. Se aprecia nítidamente que un porcentaje muy alto no le gusta ver fumar a su padre.

Esta influencia o rechazo hacia el hecho de que el padre fume tiene, además, otro componente añadido. Dejando a un lado los perjuicios directos que el fumar tiene para los padres, el hecho de que el propio niño se perciba a sí mismo como fumador pasivo (y los daños para la salud que esto reporta), cuando se encuentra en un ambiente de humo provocado por el padre, ha podido ser un elemento más de rechazo al hecho del fumar.

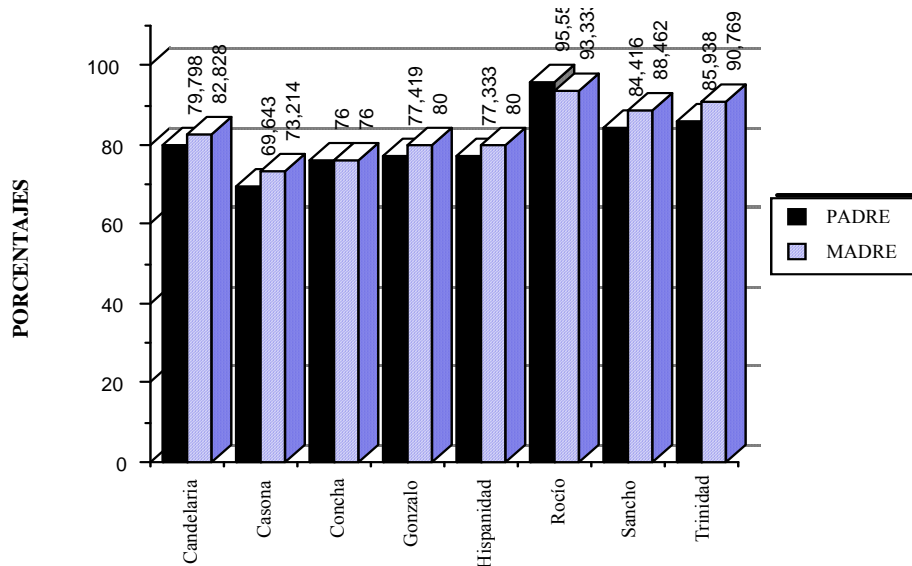
XIV.- LOS HIJOS OPINAN (SOBRE LA MADRE)



La misma pregunta se le hizo sobre la madre siendo las respuestas aún más contundentes y produciéndose el mismo efecto que en la gráfica anterior. En general, les gusta menos que fume la madre que el padre.

Vamos a llevar a cabo los resultados ofrecidos en los diversos Colegios.

XIII-A: NO ME GUSTARIA QUE MIS PADRES FUMARAN



Podemos apreciar los porcentajes altísimos de los escolares que no les gusta que sus padres fumen. Pero observemos que, excepto en el Colegio de Ntra. Sra. de la Concha, todos los demás gusta menos que la madre fume.

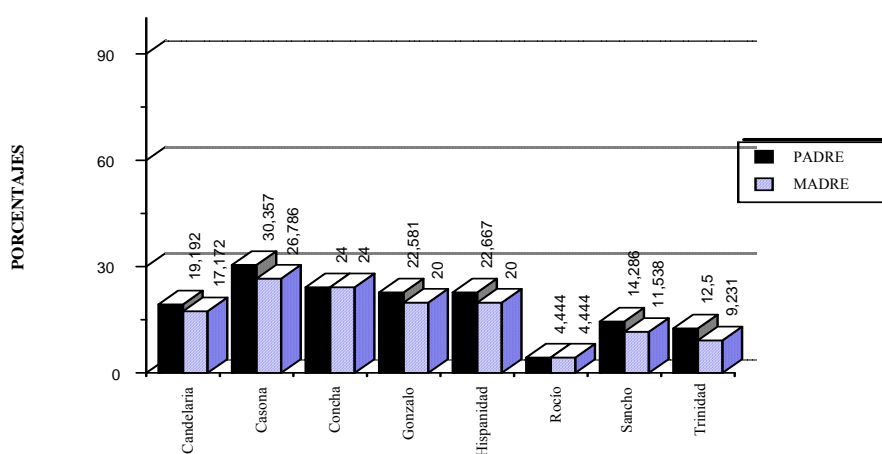
Esta gráfica nos invita a hacer las siguientes reflexiones:

1ª).- Nos llama la atención que, en prácticamente todos los Colegios, el rechazo hacia el hecho de que la madre fume es menos aceptado que el hecho de que sea el padre el fumador (excepción del Colegio de Ntra. Sra. del Rocío). En esta actitud pueden influir factores sociales de aceptación de la relación mujer-tabaco, tal vez vinculado en el niño con una asociación de carácter peyorativo.

2ª).- Es de destacar que los adolescentes de Ntra. Sra. de la Candelaria, que son quienes tienen mayores porcentajes de relación con el tabaco (27,4 % entre consumo esporádico y diario) son quienes, a excepción de Ntra. Sra. del Rocío, Sancho.-II y Stma. Trinidad, más fuertemente rechazan el consumo de tabaco por parte de los padres.

3ª).- En términos absolutos, los Colegios de Ntra. Sra. del Rocío, Sancho.-II y Stma. Trinidad (que son los niños con menores porcentajes de dependencia del tabaco), son quienes mayores porcentajes de rechazo (tanto “antes” como “después” de la charla), manifiestan ante el consumo de tabaco de los padres.

XIII-B: INDIFERENCIA ANTE EL FUMAR DE LOS PADRES



Casi ningún colegio supera el 30% de escolares que se encuentran indiferentes ante el fumar de sus padres. El Colegio de A. Casona parece ser el más indiferente ante tal hecho (30,35 % para su padre y 26,78 % para su madre) y el menos indiferente parece ser el de Ntra. Sra. del Rocío, con un 4,44 %, para ambos padres. Es curioso apreciar que la indiferencia es siempre mayor para con el padre, pero no así para con la madre, si exceptuamos a Ntra. Sra. de la Concha y del Rocío.

Resumiendo: A través de los resultados obtenidos podemos contemplar que los patrones de imitación, tan importantes en la personalidad y psicología del adolescente, que aprecia en las personas más próximas, vinculadas a su afectividad y a su aprendizaje diario en la vida, no favorecen en absoluto el intento de dejar de fumar.

Los escolares tienen en sus padres (la madre también), hermanos, primos, profesores y amigos sus mejores imitadores donde aprender a fumar. Es de destacar también como a la madre se le “tolera” menos el fumar que al padre.

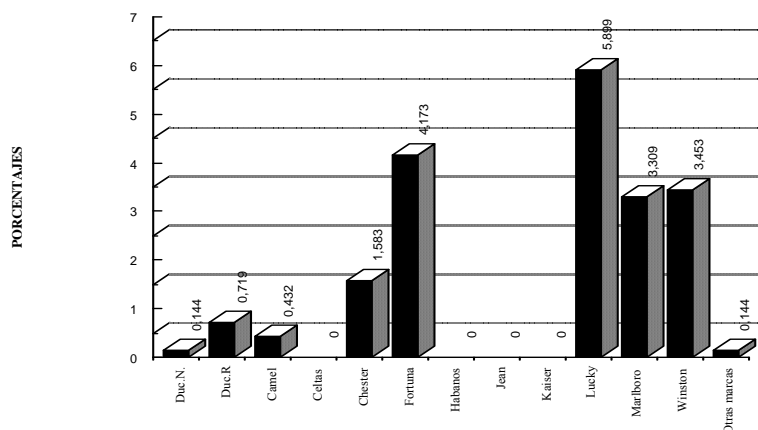
4º.- PUBLICIDAD:

¿En el escolar puede estar influyendo la publicidad en el fumar?

4ª.- AREA DE LA PUBLICIDAD:

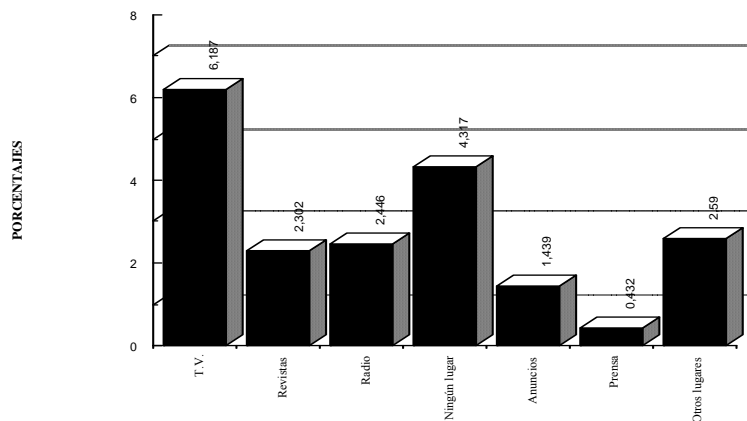
Si bien es cierto que desde 1978 se comenzó a limitar la publicidad tanto en radio como en televisión, hasta la actualidad en donde las restricciones han sido algo más severas, queríamos saber cuál es el impacto que produce la publicidad encubierta en las diferentes marcas de tabaco que consume el adolescente. Para ello tratamos de detectar cuáles son las marcas más frecuentes que fuma el adolescente y preguntarle dónde la ve anunciada.

XIV: ¿CUAL ES TU MARCA DE TABACO FAVORITA?



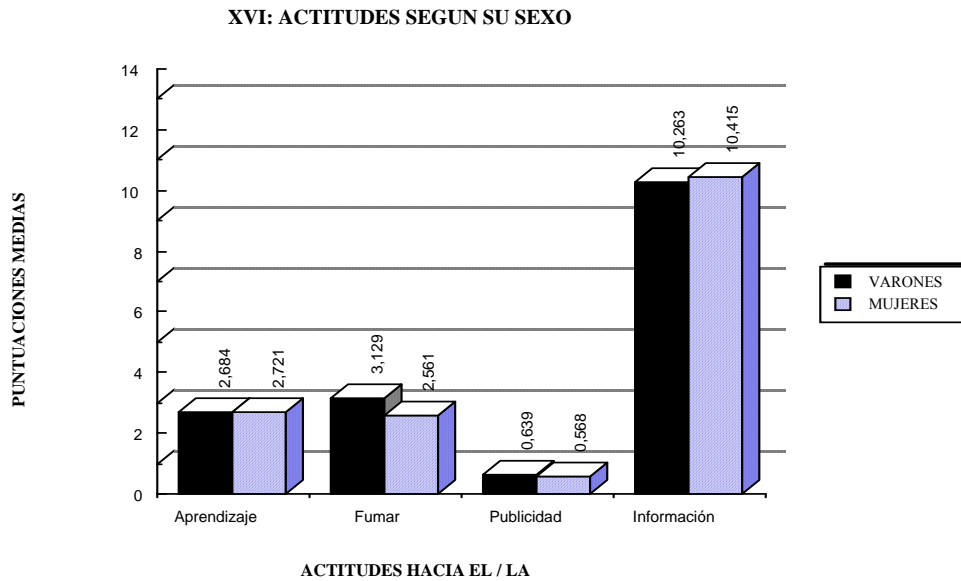
Esta gráfica pretende apreciar las diferentes marcas de tabaco más consumidas por los adolescentes. Se aprecia notablemente que los rubios americanos se llevan el mayor porcentaje, sin descartar el rubio Fortuna.

XV: ¿DONDE VES ANUNCIADA TU MARCA FAVORITA?



Podemos ver que es, en primer lugar, la Televisión donde ellos aprecian los productos que consumen. El hecho de que en segundo lugar no sepan donde (“ningún lugar”) encuentran anunciada su marca favorita o la que más fuman, es preocupante, ya que la misma publicidad indirecta esté consiguiendo lo que pretende: que no sea consciente de su influencia para no causar problemas, pero que consuman. Hasta hace muy pocos meses existían spots publicitarios en Televisión donde el típico hombre americano incitaba a consumir marcas como Lucky (acompañados de chicas y motos potentes) o Winston. El barco Fortuna ha participado en diferentes regatas marítimas incluso en la vuelta al mundo. Las carreras de coches y de motos que la Televisión nos pasa muchos domingos llevan diferentes anuncios de diversas marcas de tabaco, estando asociadas sus conductas a algo que imitar.

Resumen: Se puede apreciar por estos resultados que la publicidad aún tiene su impacto en los adolescentes, siendo el medio de la Televisión el más representativo.



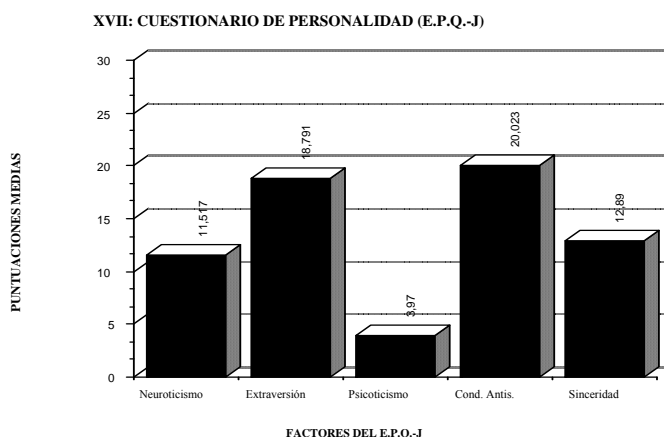
Esta gráfica no entra dentro de ninguna área concreta, sino que trata de evaluar las actitudes de los adolescentes hacia las cuatro áreas anteriores según su sexo, varones o mujeres. Lo más notable de apreciar es que entre los sexos, en ninguna de estas cuatro áreas existen diferencias notablemente significativas que anotar. Es decir, la actitud que los adolescentes, tanto varones como mujeres, tienen ante el fumar y sus consecuencias para la salud, prácticamente es la misma (se observa una mayor actitud hacia el fumar por parte de los varones, y algo más negativa en las chicas). Lo mismo ocurre ante el aprendizaje de las figuras a imitar, ante la publicidad y, por supuesto ante el nivel de información recibido.

5ª.- PERSONALIDAD Y ADAPTACION:

¿Puede estar influyendo en el fumar la propia personalidad o la inadaptación del adolescente?

Una de las hipótesis que nos habíamos planteado se refería a la posible influencia de la inadaptación social, familiar, escolar, etc., y de la propia personalidad del adolescentes, podría influir en el fumar.

Para los aspectos de la personalidad nos hemos servido del test de Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) de Eysenck, en su versión “junior” adaptado a la población española por TEA editores. Para poder apreciar los factores de adaptación del adolescente nos hemos servido del Inventario de Adaptación de Conducta de Victoria de la Cruz y A. Cordero. (IAC), editado también por TEA Editores.



El E.P.Q.-J (Eysenck Personality Questionnaire - Junior) elaborado por H.J. Eysenck en 1975 evalúa tres dimensiones básicas de la personalidad (Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo), Sinceridad y predisposición a la Conducta Antisocial.

Cuando la puntuación “N” (Neuroticismo) es elevada, el niño se muestra como ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; cuando las puntuaciones son elevadas (percentil superior a 75), el sujeto tiende a quejarse de diferentes órdenes psicósomáticos. Suelen ser exageradamente emotivos, presenta reacciones muy elevadas a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia ambiental que provoca una elevación emocional. Sus fuertes reacciones le interfieren para lograr una adaptación adecuada y le hacen reaccionar de manera rígida.

El “Extravertido” (E+) tiende a ser abierto, con buenas relaciones sociales, impulsivo, despreocupado y de fácil cambio, optimista, con tendencia a la agresividad y se enfada con facilidad.

El “Introvertido” (E-) es tranquilo, retraído, más amigo de libros que de personas; es amigo de sus amigos pero tiende a tener pocos amigos, suele ser previsor y desconfía de los impulsos del momento; controla cuidadosamente sus sentimientos, raras veces se comporta de manera agresiva y no se enfada con facilidad; se puede confiar en él, es algo pesimista y tiene en gran estima las normas éticas.

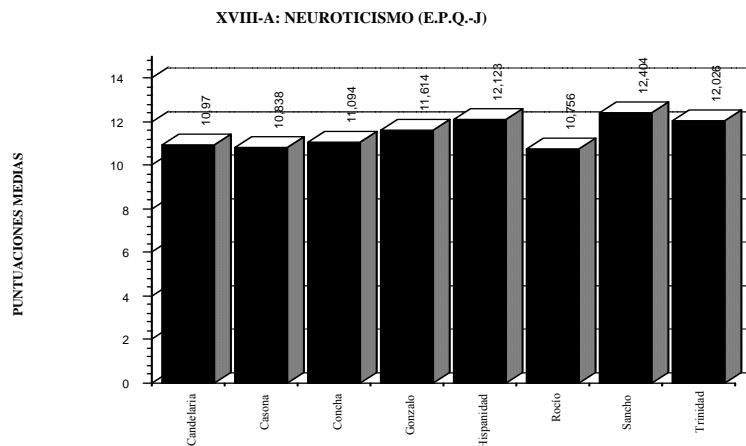
El “Psicoticismo” (P+) tiende a estar relacionado con la persona solitaria, despreocupada de las personas, crea problemas a los demás y no compagina con los otros fácilmente; puede ser cruel e insensible y tener falta de sentimientos y empatía; se muestra hostil incluso con los más íntimos y también agresivo, aún con las personas queridas. Tales niños a veces intentaban suplir su falta de sentimientos entregándose a la búsqueda de sensaciones dolorosas sin pensar en los riesgos, dificultades para la interiorización de las normas socio-comportamentales.

La “Conducta Antisocial” (CA) evalúa la propensión a la conducta social. Una puntuación elevada no necesariamente mide conducta delictiva sino propensión a conductas antisociales.

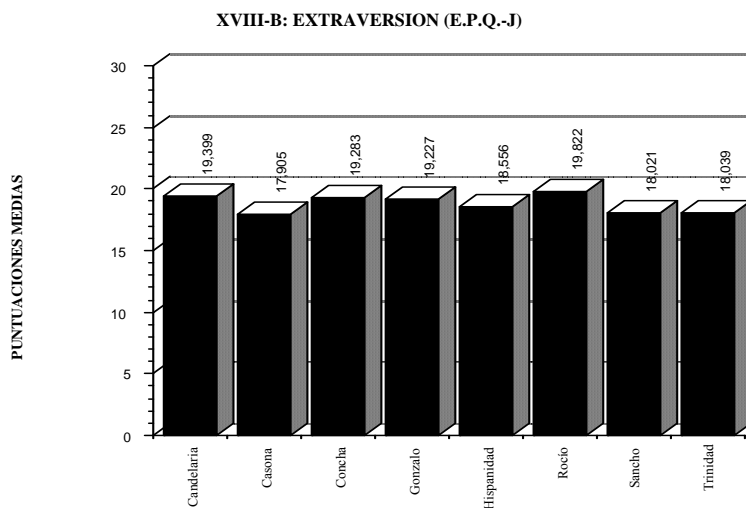
Los resultados encontrados a través de los factores de Neuroticismo, Extraversión, Conducta antisocial y Sinceridad, hemos de decir que se encuentran dentro de la más estricta normalidad, excepto la de Psicoticismo que se encuentra un poco elevado sin llegar a ser significativa esta elevación (normal-alta). No obstante no podemos perder de vista que en el estudio reflejado en esta gráfica (XVII) se encuentran incluidos todos los niños de la muestra, es decir, los que no fuman, los que lo hacen de una forma esporádica y los que lo hacen de una forma habitual.

En principio, en esta gráfica pretendemos ver la personalidad general de la muestra y en posteriores gráficas ya iremos viendo las diferencias entre grupos de fumadores y de no fumadores.

Veamos cada uno de estos factores a través de los diferentes Colegios.



Podemos decir que todas las puntuaciones obtenidas por los escolares de los diferentes Colegios entran dentro de la normalidad en cuanto a esta variable de Neuroticismo. Las diferencias entre los diversos colegios son insignificantes. Se entienden que son puntuaciones normales cuando éstas se encuentran comprendidas entre los valores 11 y 12 (puntuaciones directas). En consecuencia, la muestra interpretada como globalidad se mueve dentro de una personalidad estable y ajustada a su entorno.



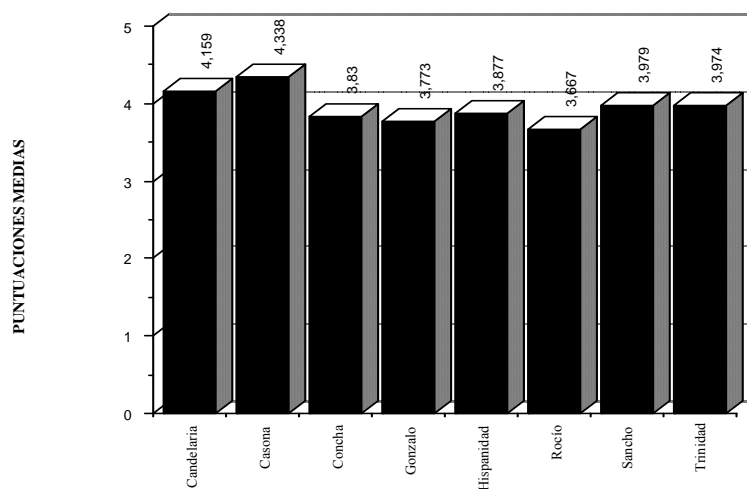
Igualmente que en la anterior gráfica hemos de decir que no existen diferencias importantes entre los diversos Colegios en cuanto a la variable estudiada de la Extraversión, entrando las puntuaciones dentro de los percentiles de normalidad.

A partir de la puntuación directa 18, la muestra tiende a manifestarse como extrovertida. Es decir, que tenemos una muestra que tiende a moverse en el percentil 50, lo cual significa que la misma tiene cierta tendencia a la extroversión, pero sin que ésta se manifieste de forma acusada.

Todas las puntuaciones se encuentran dentro de la “normalidad-alta” sin llegar a ser significativa de puntuación elevada, encontrándose la mayoría de los escolares con un percentil entre 60 y 70, pero siempre dentro de la normalidad.

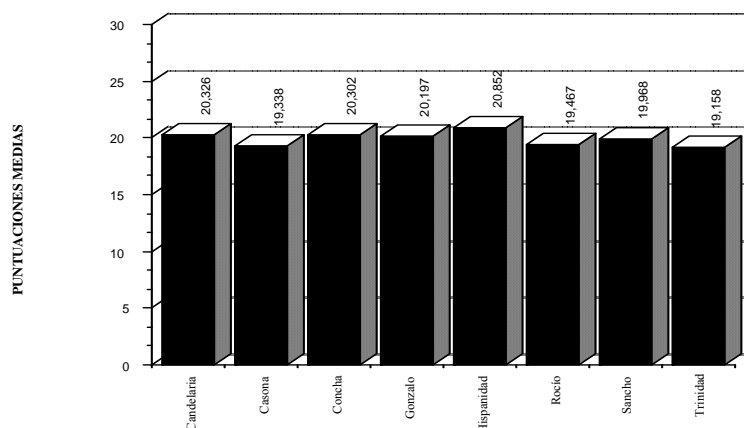
Es necesario tener en cuenta que el factor “Psicoticismo” para Eysenck no tiene la misma acepción que el atribuido por la psicopatología moderna (DSM-III-R). Pueden llegar a ser conductas desajustadas (realismo frío, insensibilidad emocional, etc.) pero nunca llegarían a formar parte de las conductas patológicas.

XVIII-C: PSICOTICISMO (EPQ-J)



Este Psicoticismo no tendría gran importancia dado que los comportamientos “N” (Neuroticismo) son ajustados a las normas. En este caso la predisposición psicótica, para que se diera, tendría que ser reforzada por aptitudes y perfiles de personalidad más desajustados de los que aparecen en la muestra.

XVIII-D: CONDUCTA ANTISOCIAL (EPQ-J)



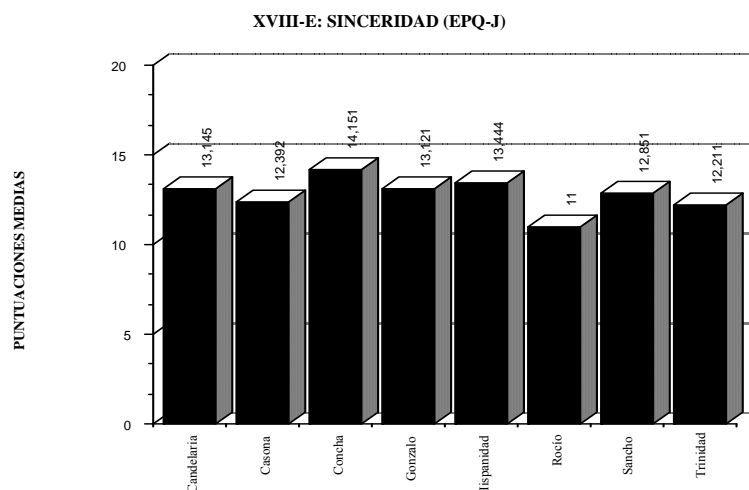
Podemos apreciar la igualdad entre los diferentes Colegios. Hemos de significar que todas las puntuaciones se encuentran dentro de la normalidad. Esta variable, que en teoría sería la que pudiera ofrecer una motivación más específica para incitar al fumar, en nuestros escolares no se aprecia una especial incidencia.

No obstante la apreciación interior no debemos olvidar que el 89 % de los niños no fuman nunca y en consecuencia supuestas conductas desajustadas de una minoría podrían quedar solapadas o latentes por la conducta normalizada de la mayoría.

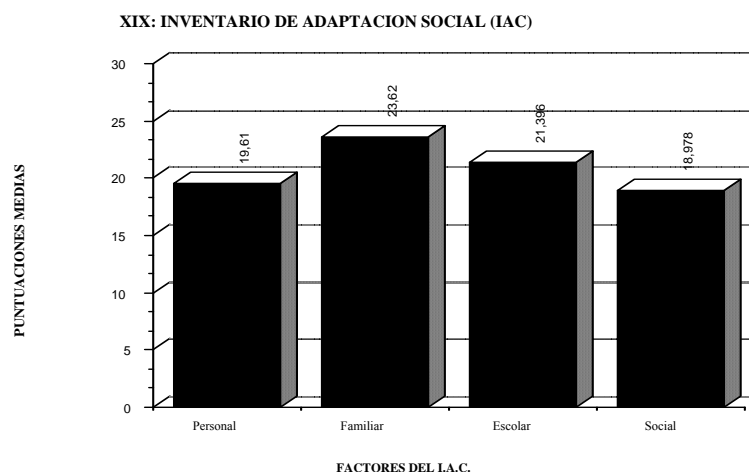
Esta duda podrá ser aclarada cuando comparemos grupos de fumadores habituales con grupos de no-fumadores habituales.

Esta variable se ha tomado como control para evaluar la sinceridad con que nuestros alumnos contestan al cuestionario.

Se trata de evaluar la coherencia en sus respuestas: puede no haber entendido la prueba, puede haberse distraído, puede haber falseado la prueba intencionadamente o puede haber jugado un poco a las “quinielas” con la prueba. Las diferentes posibilidades de falseamiento, intencionado o no, de la prueba son contempladas por este factor añadido.



Se aprecia la uniformidad de las puntuaciones que se encuentran dentro de la normalidad. Hemos de expresar que las puntuaciones bajas (por debajo de 5 para los de 7º. de EGB; y por debajo de 8 para los de 8º) fue uno de los criterios decisivos para eliminar las pruebas.



El Inventario de Adaptación y Conducta (I.A.C.) es una prueba formada por 123 frases a las que el sujeto debe de responder de acuerdo con su manera de pensar y actuar.

Los aspectos que pretende evaluar son: Adaptación personal, Familiar, Escolar y Social. Los elementos se presentan agrupados en bloques, encabezados por una pregunta que abarca a todos ellos.

En esta prueba (a diferencia de lo que ocurre en otros cuestionarios de este tipo), **a medida que la puntuación es más alta, mayor es el grado de adaptación en el área correspondiente.**

Los factores evaluados se interpretan de la siguiente manera:

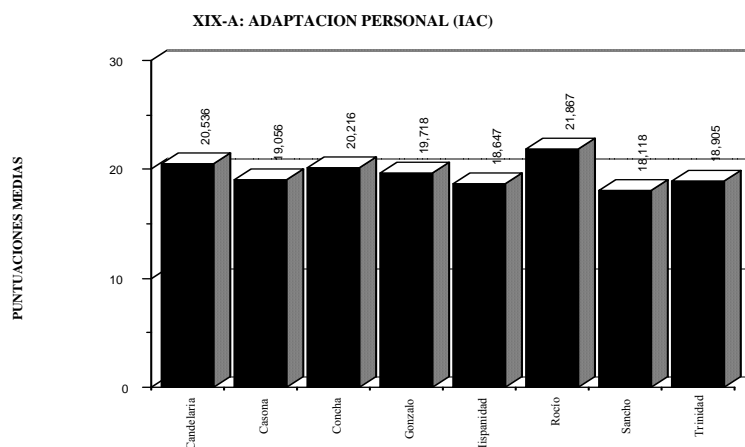
- En el ámbito de lo “personal”: preocupación por la evolución del organismo, sentimientos de inferioridad y falta de aceptación de los cambios que sufre el cuerpo.
- En el ámbito de los “familiar” aparecen actitudes críticas, dificultades de convivencia, falta de aceptación de las normas establecidas y deseos de huir (incluso físicamente) del ambiente familiar.
- En el ámbito de lo “escolar” surgen posturas de censura o rebeldía frente a la organización de la escuela y la actuación de los profesores y compañeros.
- En el plano de lo “social” aparecen conductas negativas, deseos de aislamiento, actitudes críticas e inseguridad.

Las puntuaciones obtenidas por nuestros escolares, tomados conjuntamente, a través de los diferentes factores de adaptación, tanto Personal, Familiar, Escolar como Social se encuentran dentro de

la normalidad, por lo tanto no parecen encontrarse motivaciones suficientes como para que nuestros escolares se vieran incentivados a consumir tabaco debido a su inadaptación.

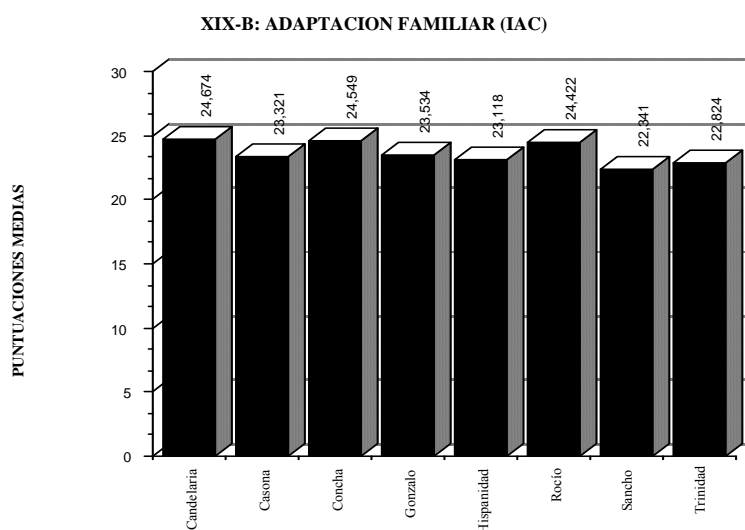
No obstante no debemos olvidar la reflexión realizada anteriormente. Recordemos que cualquier conducta supuestamente desajustada de los fumadores podrían quedar, al ser minoría en el total de la muestra, enmascaradas en la totalidad de la muestra. Y esto no lo sabremos hasta que no hagamos un estudio comparativo entre fumadores y no-fumadores

Pasamos a representar gráficamente ahora cada una de las variables según se han manifestado a través de los diferentes Colegios. Podemos decir que a mayor puntuación mayor nivel de adaptación y todas sus puntuaciones se encuentran dentro de la normalidad aunque sus diferencias a veces puedan ser significativas entre unos Colegios y otros.



En la “Adaptación Personal” a partir del valor de la puntuación directa 18 es cuando nos indica que dicha puntuación es adecuada, estable y equilibrada, como así se desprende de la media que se obtiene en la gráfica XIX. En dicha gráfica la media global es una puntuación directa de 19. Visto por Colegios nos damos cuenta de que la dispersión entre los resultados es mínima, obteniendo la puntuación más baja el Colegio de Sancho.-II, con 18,1 (pero dentro de la normalidad) y la puntuación directa más alta en adaptación representada por Ntra. Sra. del Rocío, con 21,8, como máximo nivel de adaptación.

Estos resultados de “Adaptación Personal” son plenamente coincidentes con los obtenidos en el Cuestionario EPQ.-J, en la escala “N” (Neuroticismo) donde se apreciaba un adecuado equilibrio en la personalidad de la muestra global.

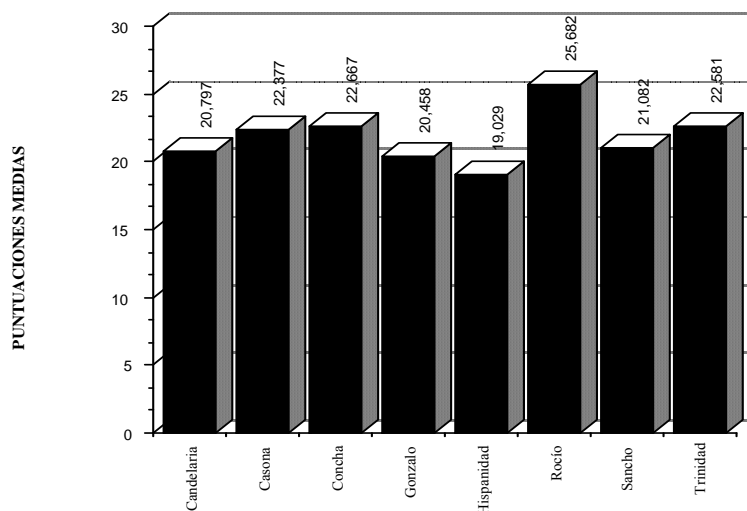


En la “Adaptación Familiar” se entiende por normalidad cualquier puntuación directa que sea superior o igual a 21. En este factor vemos que igualmente la adaptación familiar global de la muestra (gráfica XIX) es buena y se encuentra por encima de la media.

Cuando lo referimos por los diferentes Colegios, vemos que se repiten prácticamente los resultados globales. Todos los Colegios se encuentran por encima de la media, siendo la menor puntuación la de Sancho.-II (con una puntuación directa de 22,3) y teniendo la adaptación familiar más elevada el Colegio de Ntra. Sra. de la Candelaria, con una puntuación media de 24,6.

Como se puede apreciar en la gráfica, la dispersión de resultados entre los distintos Colegios de la muestra es mínima.

XIX-C: ADAPTACION ESCOLAR (IAC)

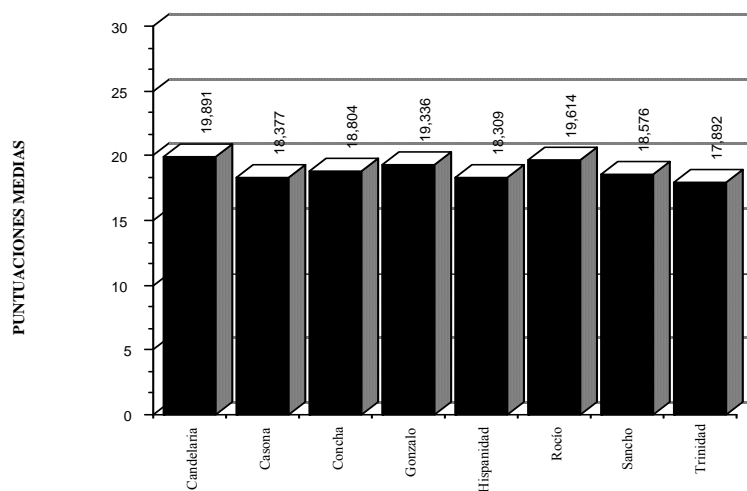


La Adaptación Escolar presenta unas variaciones que, hasta ahora, no se había dado en factores anteriormente evaluados. A pesar de todo, la media de adaptación escolar de la muestra es una puntuación media directa de 21,3, que, traducidos a puntuaciones centiles significa una normalidad total.

Cuando las gráficas las apreciamos por Colegios es en donde podemos percibir algunas diferencias entre ellos, si bien no muy importantes.

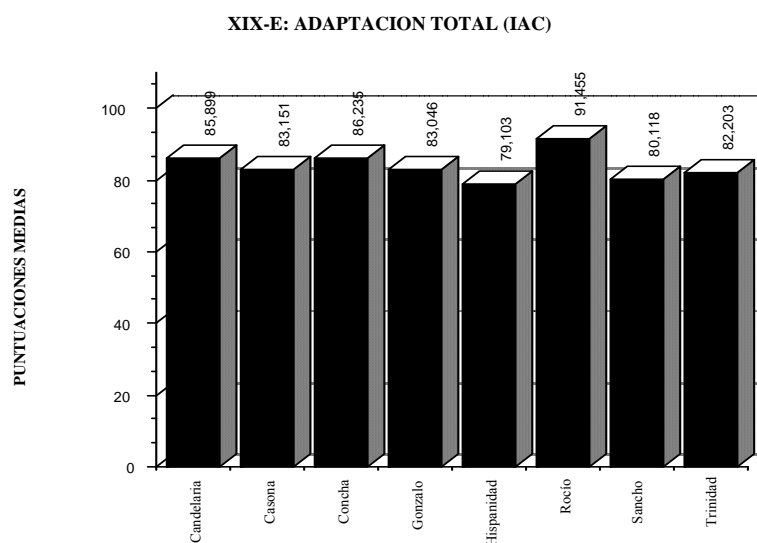
El mayor nivel de adaptación escolar se encontraría representado por el Colegio de Ntra. Sra. del Rocío (P.D.= 25,6). Por debajo de la media en adaptación escolar se encontrarían los Colegios de la Hispanidad (P.D.= 19,03), Arias Gonzalo (P.D.= 20,4) y Ntra. Sra. de la Candelaria (P.D.= 20,7).

XIX-D: ADAPTACION SOCIAL (IAC)



La Adaptación Social de la muestra total también se encuentra ligeramente por encima de la media (P.D.= 18,9), ya que se entiende como “normal” cuando se obtiene una puntuación igual o superior al valor directo de 17.

Cuando hacemos referencia a los Colegios de esta misma Adaptación Social, podemos apreciar que todos ellos superan la puntuación de normalidad anteriormente mencionada (≥ 17), lo que nos está indicando que los contactos sociales y la relación social en la muestra global se encuentra ajustada socialmente.



La Adaptación Total, resumen de todas las adaptaciones anteriores nos está indicando que la muestra presenta unos niveles globales de adaptación adecuados a los niños y niñas escolarizados y propios de esta edad.

Si apreciamos estas puntuaciones en los diversos Colegios, podemos apreciar igualmente que se encuentran muy poco diferenciados obteniendo la puntuación más baja el Colegio de la Hispanidad (P.D.= 79,1), y el Colegio que presentaba el máximo nivel de adaptación global lo presentaba Ntra. Sra. del Rocío (P.D.= 91,4).

Hemos de consignar que los diversos factores adaptativos de todos y cada uno de los Colegios no alcanzan los valores mínimos de inadaptación (personal, familiar, escolar o social), ya que todos los Colegios superan las puntuaciones del Percentil 25, que es el límite inferior para poder detectar la inadaptación. Por ello aunque se perciban diferencias entre los mismos Colegios, éstas no son significativas de inadaptación en ningún caso.

6^a.- ANALISIS CONTRASTADO ENTRE LOS FUMADORES Y NO-FUMADORES

Hasta ahora habíamos analizado la totalidad de la muestra investigada. Queríamos saber cuales eran las características de personalidad de la muestra independientemente de si fumaban o no, como también queríamos saber los niveles de adaptación de la misma.

Los resultados han indicado unos niveles de adaptación concretos y un adecuado equilibrio de personalidad en el cuerpo de la muestra.

Pero partiendo de este hecho de “normalidad” deseábamos profundizar en el análisis de los factores que pudieran estar asociados al consumo de tabaco. Anteriormente veíamos cómo factores exteriores al niño, como eran los padres, amigos, maestros, etc., podrían ejercer un elemento de referencia sobre el inicio al consumo de tabaco.

Ahora queríamos ver los factores intrapsíquicos y de personalidad. Necesitábamos investigar si, además de los factores externos, existe en el niño una predisposición interna que facilite el que determinados estímulos exteriores sean más fácilmente repetidos, aunque exista previamente una cierta información que indica que tal conducta es perjudicial para la salud.

Por este motivo volvimos a evaluar la investigación hecha, pero en este caso separando, para poder ser comparada, los dos grupos claramente diferenciados de los que constaba la muestra.

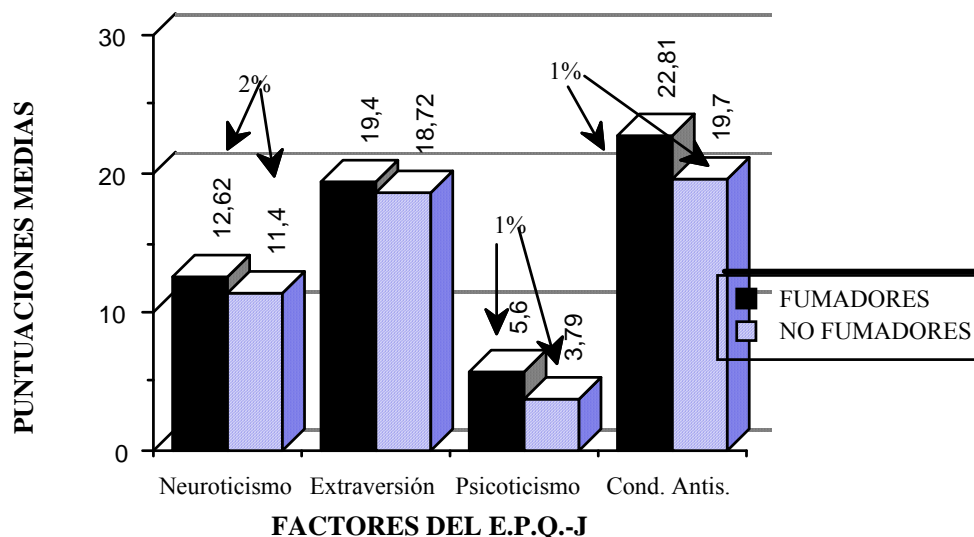
Por un lado fueron evaluados todos los sujetos de la muestra que indicaron fumar diariamente (10,3 %). Por otro lado se evaluaron los sujetos de la muestra que indicaron no fumar habitualmente (81,8 %) y los sujetos que lo hicieron esporádicamente (7,7 %).

En un principio pensamos en introducir en el grupo de “fumadores” los considerados como “esporádicos” pero desistimos por dos razones:

1ª).- Porque el concepto de “esporádico” significaba fumar un cigarrillo de vez en cuando y esto creíamos era sustancialmente diferente del hábito y dependencia del consumo diario de tabaco.

2ª).- Por otro lado el introducir a los “esporádicos” pudiera haber sesgado los resultados de personalidad si realmente podrían existir diferencias entre fumadores y no-fumadores.

XX.- FUMADORES / NO FUMADORES Y PERSONALIDAD



Y lo que hasta ahora habían sido resultados agrupados y adaptados comenzaron a mostrarse claramente diferenciados cuando comenzamos a comparar los grupos de fumadores y no-fumadores.

En el E.P.Q.-J. En el Neuroticismo (N) comenzamos a percibir las primeras diferencias. Aparentemente éstas son escasas (de 11,4 en los no-fumadores a 12,6 en los fumadores), pero sí lo suficientemente importante como para ser significativas al n.c. del 1 %. Esto nos quiere decir que los fumadores tienen una mayor propensión a presentar desajustes emocionales y labilidad emocional, sin que ello quiera decir que esta puntuación (12,6) implique, en estos momentos, tales desajustes.

Igualmente se nota una mayor tendencia a la Extraversión en los fumadores que en los no-fumadores, aunque en esta variable las diferencias entre ambas poblaciones no llegaron a ser significativas estadísticamente.

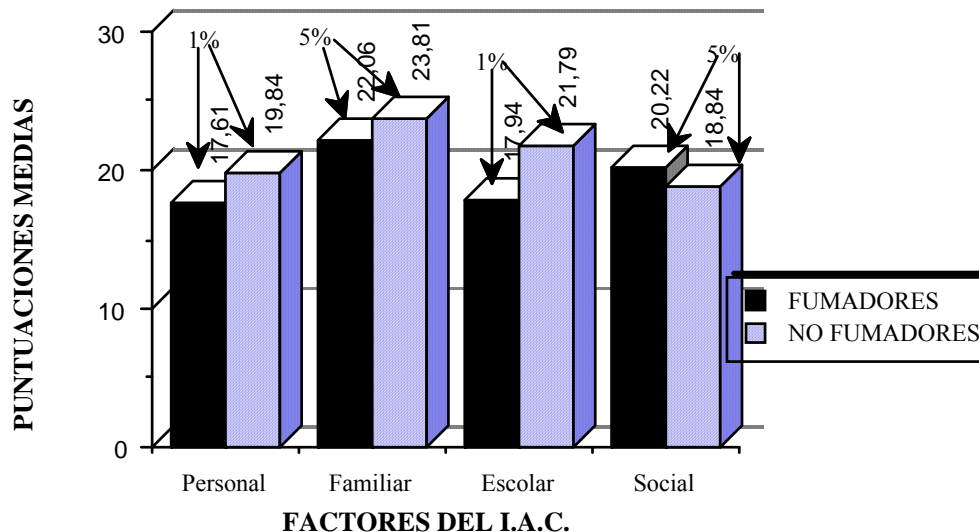
Donde sí se presenta una diferencia importante y significativa, y ya de por sí clínicamente interpretable como diagnóstica, es en el Psicoticismo. Si cuando analizábamos la muestra global veíamos que dicha puntuación era ya superior a la deseable (3,9), al sectorizar los dos grupos, las diferencias se han hecho significativas al n.c. del 1 %, y probablemente alcance el nivel de significación del 1 por mil. Mientras que el grupo de los no-fumadores baja algo la puntuación (3,7), el grupo de fumadores la aumenta hasta una puntuación directa de 5,6 (centil 85-90), lo cual implica una predisposición a las conductas que anteriormente mencionábamos cuando describíamos el Psicoticismo.

En el mismo sentido y dirección se modifica la Conducta Antisocial. Si cuando hacíamos el análisis globalizado de la muestra dicha variable se encontraba dentro de unos límites de normalidad, al diferenciarlo entre los grupos de fumadores y no-fumadores, las puntuaciones han cambiado significativamente. Así, mientras que el grupo de no-fumadores se ajusta aún más a la media o conducta normal o social (P.D.= 19,7; Centil= 55), los fumadores se alejan significativamente de la media con una mayor predisposición hacia conductas claramente antisociales (P.D.= 22,8; Centil= 80-85).

Los resultados anteriormente comentados son igualmente refrendados cuando hemos analizado el Inventario de Adaptación y Conducta (IAC) por grupos de fumadores y no-fumadores (Cfr. Gráfica XXI: Fumadores/No-fumadores y adaptación).

En el análisis comparativo de esta prueba, los resultados han sido claramente significativos estadísticamente (n.c. 1 %) en todas las variables analizadas. Mientras que la adaptación personal en el grupo de los no-fumadores se encuentra por encima de la media (P.D.= 19,8), indicando con ello una adecuada adaptación personal, en el grupo de fumadores la puntuación media obtenida (17,6) se encuentra ya por debajo de la media, lo que nos quiere decir que existen ciertos signos de inseguridad y desajuste personal.

XXI.- FUMADORES/NO FUMADORES Y ADAPTACION



Este desajuste es igualmente coincidente con el que se observaba en la Escala "N" (Neuroticismo) del Cuestionario E.P.Q.-J.

Las diferencias significativas se repiten igualmente cuando analizamos la adaptación familiar. Nuevamente volvemos a encontrar diferencias significativas entre el grupo de fumadores y no-fumadores siendo la adaptación familiar de éstos (P.D.= 23) superior a los de aquellos (P.D.= 22). Tenemos que decir en este caso que, aunque las diferencias son, como decíamos antes, significativas a favor de los no-fumadores, ambos grupos tienen una adaptación familiar adecuada.

Las mayores diferencias encontradas en el Inventario de Adaptación y Conducta (IAC) se encuentra en la escala de adaptación Escolar. Si cuando hacíamos el estudio a la muestra total dicha puntuación se encontraba dentro de la normalidad (P.D.= 21; Centil= 50), al realizar el estudio por grupos

de fumadores y no-fumadores los resultados, como muestra la gráfica, son claramente evidentes. Mientras que la población no-fumadora sigue manteniendo una puntuación indicativa de una adecuada adaptación escolar (P.D.= 21,7; Centil= 50), la población fumadora obtiene unas puntuaciones significativamente inferiores (n.c. 1 %) a los de los no-fumadores (P.D.= 17,9; Centil= 30), que en sí mismas indican una clara inadaptación escolar, pudiendo con ello estar directamente vinculado al hecho del tabaquismo.

En la escala de Adaptación Social percibimos algo que, en principio, es inesperado. En este caso los fumadores tienen un mayor nivel de adaptación que el que tienen los no-fumadores. No obstante un análisis más detallado de los datos nos permiten hacer las siguientes reflexiones:

- Ambas puntuaciones son superiores a la media poblacional (Centil 50) y, en consecuencia, indican tanto en fumadores como en no-fumadores una buena adaptación social.

- La mayor puntuación y, en consecuencia la mayor adaptación manifestada por el grupo de fumadores puede estar en relación con los mayores niveles de Extraversión que el grupo de fumadores manifiesta, como pudimos percibir en el E.P.Q.-J (Extraversión grupo fumadores: 19,4; no-fumadores: 18,7).

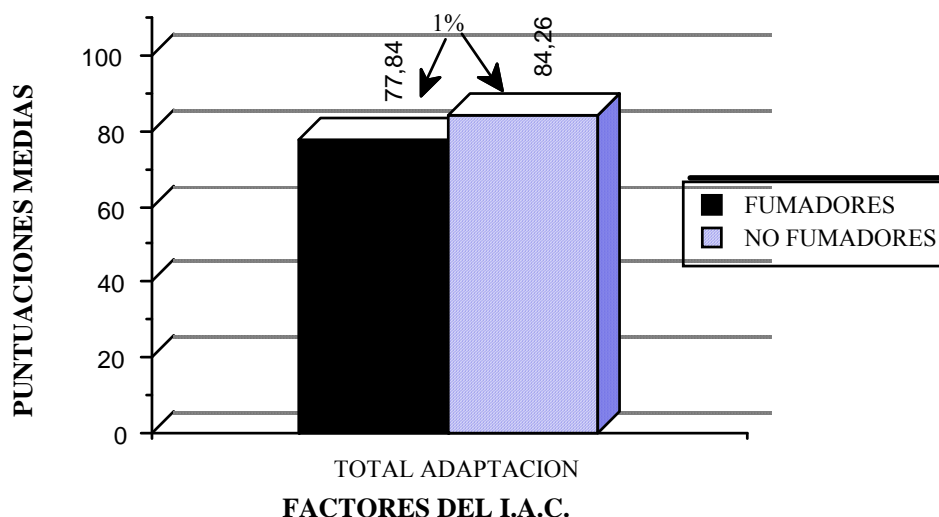
Esta característica permite ser, como ya se indicó cuando comentamos las características de la prueba, a los fumadores más abiertos, comunicativos, con mayor capacidad de relación social, grupos de amigos más amplios, etc.

En consecuencia, de la evaluación de las pruebas de personalidad realizadas parece demostrarse la evidencia de diferencias significativas en la personalidad de fumadores y no-fumadores. Así, mientras estos últimos (no-fumadores) muestran unas características de personalidad y de adaptación ajustadas, los fumadores muestran características que, o bien son claramente inadaptadas o bien tienden al desajuste. En este sentido el Neuroticismo (del E.P.Q.-J) y la Adaptación Personal (del I.A.C.) del grupo de fumadores tienden al desajuste personal y a la inestabilidad.

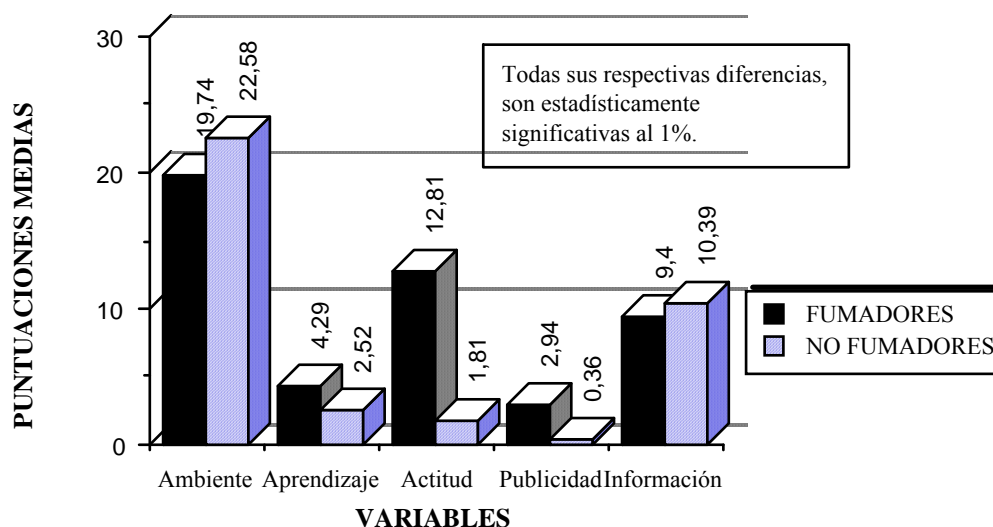
La Adaptación Familiar y la Adaptación Social (del I.A.C.), aunque se presentan diferencias significativas entre los no-fumadores y fumadores, éstas últimas se encuentran dentro de los niveles de adaptación adecuados.

Y finalmente comentar que el Psicoticismo y la Conducta Antisocial (del E.P.Q.-J) que en el grupo de fumadores presentan unos centiles elevados, pueden ser indicativas de propensión a la inadaptación y conductas sociales desajustadas y prohibitivas.

XXI-A: FUMADORES/NO FUMADORES. TOTAL ADAPTACION



Esta gráfica representa la totalidad o resumen de lo que últimamente hemos comentado en cada una de las escalas del I.A.C. Se demuestra significativamente que los no-fumadores presentan mejor adaptación global (Escolar, Familiar, Social y Personal) que los fumadores, encontrándose las puntuaciones de ambos grupos (fumadores: P.D.=77,8, Centil= 55; y los no-fumadores: P.D.= 84,2, Centil= 75) dentro de la normalidad, aunque esta última se encuentra en el límite de la significación percentilada.

XXII.- FUMADORES / NO FUMADORES Y OTRAS VARIABLES

Con “otras variables” hemos querido significar un grupo de cuatro factores que inciden en la importancia del hábito de fumar. Con la variable “ambiente” hemos intentado comprender una serie de factores que inciden en el ambiente del chico y que de alguna manera pueden condicionar el fumar a o no. Podemos observar que los niños no-fumadores gozan de mejor ambiente para no fumar que los fumadores. Es decir los no fumadores se encuentran con que el ambiente que les rodea (padres no-fumadores, los profesores tampoco fuman, sus mejores amigos no fuman, son chicos sin grandes problemas, no suelen suspender las evaluaciones, suelen estar rodeados de los amigos, no son personas solitarias, etc., etc.) es más positivo que los niños que fuman. La puntuación máxima en esta escala se encuentra en 28 puntos siendo interpretable que a mayor puntuación mejores condiciones ambientales que teóricamente pueden incitar a no fumar.

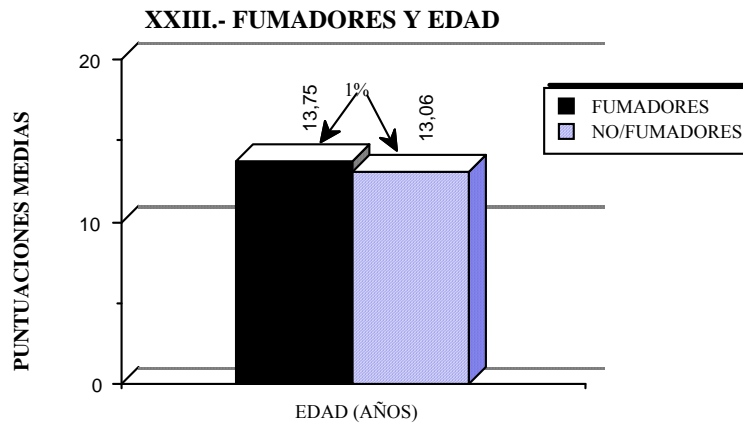
Sobre la variable “Aprendizaje” ya hemos comentado algunas cosas en gráficas anteriores con el aprendizaje imitativo. En esta gráfica sólo queremos apreciar que los sujetos fumadores presentan una mayor capacidad de aprendizaje imitativo (se encuentran con mayores y mejores patrones de imitación para fumar: padres, amigos, profesores, etc.) que los no-fumadores (a mayor puntuación mayor posibilidad de aprendizaje por imitación. La puntuación máxima, en esta variable es 6).

Igualmente, cuando consideramos la actitud de los fumadores y no-fumadores hacia el tabaco (les gusta que sus padres fumen, les gusta oler el humo del tabaco, ellos mismos pueden fumar, no les importa que sus profesores fumen en clase, no les importa estar en lugares donde se fume, etc.), observamos que los fumadores presentan una puntuación media de 12,8 (sobre un total máximo de 21) y su diferencia es significativa estadísticamente con los no-fumadores. Las puntuaciones de esta variable deben ser interpretadas teniendo en cuenta que a mayor puntuación, mayor actitud hacia el fumar (por lo tanto más peligroso para su salud).

Sobre la variable “publicidad” podemos apreciar que también los no fumadores parecen sentir o percibir que la publicidad sobre el tabaco (prensa, radio, TV.) pasa más desapercibida para ellos, no parecen tener una percepción selectiva hacia la publicidad sobre el tabaco, posiblemente porque el punto de interés no se encuentre motivado en el mismo fumar. Hemos de tener en cuenta, para una mejor interpretación de ésta gráfica que la puntuación máxima para esta variable es de 4 puntos.

De igual forma podemos apreciar la variable “información”. Con ella hemos querido significar el nivel de información que, sobre el tabaco y sus consecuencias para la salud, disponen los fumadores y los no-fumadores. Contemplando la gráfica y sus puntuaciones observamos que los no-fumadores disponen de una mejor y más correcta ¹información que los sujetos fumadores, siendo esta diferencia igualmente significativa si la analizamos bajo el punto de vista estadístico.

¹ Las preguntas formuladas sobre aspectos educativos sobre el tabaco y sus implicaciones en la salud, en esta variable se mostraban dispuestas de la forma “verdadero-falso” (que eran contempladas como “acierto/error”. La puntuación máxima de aciertos se encuentra en el valor 17).



Nos interesaba igualmente apreciar las diferencias entre las edades de los fumadores y las de los no-fumadores y si éstas podrían ser estadísticamente significativas.

Esta gráfica intenta hacer desaparecer el interrogante planteado. Por ella podemos apreciar que los sujetos fumadores suelen tener una edad media de 13 años y 9 meses aproximadamente, mientras que los no fumadores son algo más jóvenes, prácticamente con 13 años. Es decir, en el período de 9 meses de distancia en estos sujetos la diferencia entre los fumadores y no fumadores es importante es significativa estadísticamente al n.c. del 1 %).

Con ello nos muestra la edad clave para poder apreciar cuándo es el momento o la edad más apropiada para poder informar y educar sobre el tabaco: antes de los 13 años.

III.- CONCLUSIONES:

Podemos resumir los principales aspectos encontrados en este estudio intentando dar solución a las hipótesis planteadas. Los resultados más importantes y generales los podemos resumir en los siguientes:

1°.- La información aportada a los adolescentes escolarizados acerca de los efectos nocivos del tabaco para su salud ha sido notablemente positiva.

2ª.- Las charlas informativo-educativas han respondido a las expectativas marcadas en los siguientes aspectos:

a).- Responden a los objetivos para los que son promovidas, son aceptadas por la mayoría de los chicos y no producen efectos contrarios.

b).- Las mismas charlas fueron comprendidas por la mayoría de los chicos y estaban bien programadas.

c).- Aumentaron el nivel de información respecto a los efectos negativos del tabaco para la salud.

d).- Provocaron actitudes contrarias al consumo de tabaco en ellos mismos y ante el consumo por parte de los padres.

e).- No lograron disminuir el consumo de tabaco en los que ya fuman más de 4 cigarrillos al día.

f).- Sí lograron disminuir, significativamente, el consumo de tabaco en los adolescentes que diariamente fumaban de 1 a 3 cigarrillos.

3°.- Que los adolescentes poseen en los padres (madre también), hermanos, primos, profesores y amigos los mejores patrones reforzadores de imitación para no dejar de fumar.

4ª.- El impacto de la publicidad solapada está acusando en los adolescentes una apreciable influencia.

5ª.- Que no existen diferencias entre los chicos y las chicas en cuanto a las diferentes actitudes aquí señaladas: hacia el fumar, hacia el aprendizaje, en la publicidad y en la información recibida.

6ª.- El estudio individualizado por Colegios confirma y refuerza las anteriores conclusiones. En los Colegios, en donde la mayoría son niñas, presentan unos porcentajes de consumo de tabaco inferiores a aquellos Colegios donde la muestra mayoritaria de los sujetos evaluados son niños.

7ª.- Que el 36% de los escolares zamoranos han fumado alguna vez un cigarro antes de los 14 años.

8ª.- Que un 8,35% de los chavales entre los 8 y 9 años ya han probado su primer cigarrillo.

9ª.- Destacar la importancia de los amigos como figura importante en la vida del niño y, con respecto a nuestro estudio sobre el fumar, como figura de aprendizaje por imitación.

10ª.- Los estudios de personalidad realizados, demuestran que existen diferencias significativas tanto en la prueba de personalidad (a través de los factores del E.P.Q.-J) como de adaptación (a través de los factores del I.A.C.) entre los sujetos fumadores y no-fumadores.

- Las escalas de Psicoticismo, Conducta Antisocial y Adaptación Escolar en los fumadores se encuentran desajustadas y existen diferencias significativas con respecto a estas mismas áreas en los sujetos no-fumadores, que presentan unas puntuaciones más adaptadas.

- El Neuroticismo y la adaptación personal del grupo de fumadores tiende al desajuste personal y a la inestabilidad, cosa que no ocurre con la población general.

Bibliografía básica:

American College Of Chest Physicians And The U.S. Public Health Service (1968): “*Proceeding of the National Forum on the Office Management of Smoking Problems*”. Dis. Chest., 54, 196.

Ball, K. And Stevenson, A. (979): “Hospital action on smoking”. *Br. Med.*, 2, 777-778.

Caceres Carrasco, J. (1979): “Modificación del comportamiento y hábito de fumar”. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 34(157), 225.

Colley, J.R.T.; Holland, W.W.; Corkhill, R.T. (1974): “Influence smoking and parental Phlegm on neumonia and bronchitis in early childhood”. *Lancet*, 2, 1.031-1.034.

Comité De Expertos De La Oms Sobre La Lucha Antitabáquica.(1974) “*Consecuencias del tabaco para la salud*”. Serie de informes técnicos N°. 568”. Ginebra.

Comité De Expertos De La Oms Sobre La Lucha Antitabáquica.(1979): “*Lucha contra el tabaquismo epidémico*”. Serie de informes técnicos N°. 636”. Ginebra.

Commission Des Communautés Europeennes: “*Analyse actuelles on envirageables de la lutte anti-tabaquique dans les pays de la communauté européenne (analyse globale et analyse par pays)*”. Report E.U.R., 8.031.

Commission Of The European Communities (1982): “*Actions againts smoking in the member States of the European Communities*”. Report E.U.R. 7.531. Luxemburg.

Departament De Sanitat I Seguretat Social De La Generalitat De Catalunya (1982): “*Manual de prevenció i Control del Tabaquisme*”. Serie Quaderns de Salut. Barcelona.

Departament De Sanitat I Seguretat Social De La Generalitat De Catalunya (1983): *El tabaquisme a Catalunya*”. Serie Informes Tècnics. Barcelona.

Departement De Sanitat I Seguretat Social I D’Ensenyament De La Generalitat De Catalunya (1981): “*Projecte de Programa d’Educació Sanitaria a l’Escola*”. Barcelona.

Doll, R., And Hill, A.E. (1962): “Morality in relation to smoking: ten years observations of British Doctors”. *Br. Med. J.* 1, 1.399.

Ebert, R.V. (1978): “Supresión del tabaco y enfermedad pulmonar”. *Jama en español*, 4(11), 831-834.

- Federal Trade Commission (1981): “*Staff report on the cigarette advertising* (public version). Washington D.C.
- FLETCHER, C.M. Y HORN, D. (1970): “*El hábito de fumar y la salud*”. Informe presentado a la 23ª Asamblea Mundial de la Salud. *Crónica OMS*, 24, 358-385.
- Gray, N., And Daube, M. (1980): “*Guidelines for smoking control*”. 2nd. Edition U.I.C.C. Technical reports Series, Vol. 52, Geneve.
- Hammond, E.C.; Garfinkel, L.; Seidman, H. And Len, E.A. (1976): “Tar and nicotine content of cigarette smoke in relation to death rates”. *Environmental Research*, 12(3), 263-274.
- Hirayama, T. (1981): “Non smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan”. *Br. Med. J.*, 282, 183-185.
- Jacobs, G. A y otros (1988): Personality and smokeless tobacco use”. *Additive Behaviors*, 13, 311-318.
- Jamison, R. (1979): “Cigarette smoking and personality in male and female adolescents”. *Psychological Reports*, 44(3), 842.
- Juanet Sort, J.; Salleras Sanmarti, L. (1979): “*Programa de Salut Escolar*”. Publicaciones de Salut Publica, Institut Municipal d’Higiene. Barcelona.
- Kapferer, J.M. (1978): “*Les chemins de la persuasion*”. Gauthier-Villars. París.
- Kelly, N.R., Aand Cohen, F.L. (1979): “Smoking Policies in U.S. Hospitals: Current Status”. *Prev. Med.*, 8, 557-561.
- Lewis, O. D. (1979): “Establishing smoking-free environments”. In RAMSTROM, L.M. “*The smoking epidemic a matter of worldwide concern*”. Alquist-Wiksell International. Stockholm.
- Mahler, H. (1980): “*Tabaco o salud, elija*”. Salud Mundial, Febrero-Marzo.
- Marks, L. (1982): “Policies and postures in smoking control”. *Br. Med. j.*, 284, 391-395.
- Martin Zurro, A. (1990): “*Manual de atención primaria*”. Doima, Barcelona.
- Mcmanus, I. And WEEKS, S. (1982): “Smoking, personality and reasons for smoking”. *Psychological Medicine*, 12(2), 349-356.
- Ortet, G. Y Perez, J. (1989): Necesidad de estimulación y consumo de alcohol y tabaco”. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 16(4), 175-180.
- Pardell, H.; Salleras, Ll. Y Salcador, T. (1982)” *Manual de prevenció i control del tabaquisme*”. Dptmto de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- Perez, J. Y Garcia Sevilla, L. (1986): “Neuroticismo, Extraversión y consumo de tabaco”. *Psiquis*, 7(3), 39-47.
- Perez, J. Y Garcia Sevilla, Ll. (1984): “Control de la interacción de las variables ambientales e individuales en la conducta de fumar”. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.*, 11. 6, 11-12.
- Piedrola, G. y otros (1990): “*Medicina preventiva y salud pública*”. Masson-Salvat Medicina, Barcelona.
- Richman, L.A., And Urban, D. (1978): “Health, Education through television: some theoretical applications”. *Revue Internationale déductaion pour la santé*. Vol. XXI, 1.
- Roemer, E.(1982): “*Legislation Action to combat the World Smoking Epidemic*”. World Health Organization. Geneve.
- Roig, P. y Otros (1987): “Tabaquismo: aspectos etiológicos, personalidad y tratamiento”. *Revista española de drogodependencia*, 12(3), 153-165.
- Royal College Of Physicians (1977): “Tobacco or Healt”. Pitman Medical. London.
- Salleras Sanmarti, L. (1979): “*Principios y métodos de educación sanitaria*”. Prog. Educ. San. del Inst. Mun. Hig.-Publ. de Salud Pública. Ayuntamiento de Barcelona.
- Salleras Sanmarti, L.; Pardell Alenta, H. (1983): “Tabaquismo y gestación”. *Jano*, 594, 45-51.

- Salleras Sanmarti L. Y Almaraz Gomez, A. (1991): "Tabaco y salud". En GIL, P. y otros : Medicina preventiva y salud pública". Masson -Salvat Medicina, Barcelona, pp. 1294-1313.
- San Juan, M. A. E Ibañez, P.(1992): "*Todo sobre las drogas legales e ilegales (Incluido Alcohol y Tabaco)*". Dykinson, Madrid.
- Schwartz, J.L. (1978): "*Helping smokers Quit: State of the art in Progress in Smoking Cessatio*". Proceeding of Intenational Conference on Smoking Cessation. American Cancer Society.
- Servicio De Estudios De Tabacalera, S.A. (1981): "*Documento n°. 1*". Actualidad tabacalera.
- Staker, K. (1977): "*Psicología del fumar*". Herder, Barcelona.
- Stanaway, R. And Watson, D. (1981): "Smoking and personality: A factorial study". *British Journal of Clinical Psychology*, 20(3), 213-214.
- Stein, A. (1989): "*Dejar de fumar*". Heres, S.A. Madrid.
- U.S. Departement Of Health, Education And Welfare (1979): "*Smoking and health, a report of the Surgeon General*". Dhew Publication (PHS) 79-50066.
- U.S. Department Of Health And Human Services (1980): "*Smoking programs for Youth N.I.H.*". Publication n°. 80-2156. June. Public Service National Institute of Health.
- U.S. Department Of Health And Human Services (1980): "*The health Consequences of Smoking for women, a report of the Surgeon General*". Public Health Service Office on Smoking and Health.
- U.S. Department Of Health And Human Services (1980): "*The health Consequences of Smoking for women, a report of the Surgeon General*". Public Service National Institute of Health.
- U.S. Department Of Health And Human ServiceS (1981): "*The changing cigarettea report of the Surgeon General*". Public Service National Institute of Health.
- Vaque J., Y Salleras, L. (1987): "Acciones antitabáquica desarrolladas en Cataluña". *Atención primaria*, 4(1): 4-9.
- Wake, F.R. (1979): "*Preventing the Onset of Smoking, in the Smoking epidemic a matter of worldwide concern*". Prodecing of the Fourth World Conference on Smoking and Health. Edited by Ramstrom, L.M. Alquimist.-Wilksell International, Stockholm.
- Wakefield, J. (1969): "*Influence Smoking Behaviour U.I.C.C.*". Technical Resport Series. Volume 3, Geneve.
- White, J.R. And Froeb, H.-F.: (1980)"Small-airways disfunction in non smokers chronically exposed to tobacco smoke". *N.Engl. J. Med.*, 302, 720-723.
- Winder, E.L. And Hoffman, D. (1979): "Tobacco and Health". *Engl. J. Med.*, 300, 894-903.
- Zaragoza, J.R. Y Llanos, M. (1980): "*Tabaco y salud*". Editorial A.C. Madria.