

2006-2010

EVALUACIÓN DE UNA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA
LA PREVENCIÓN DEL INICIO DEL
CONSUMO DE TABACO

ESTUDIO **ACCEPTA**



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD

COMUNIDAD DE MADRID

2006-2010

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO

ESTUDIO **ACEPTA**
COMUNIDAD DE MADRID, 2006-2010

Cita Recomendada:

Velázquez Luis, Galán Iñaki, Miranda Alfredo, Mata Nelva.
Evaluación de una intervención educativa para la prevención del inicio del consumo de tabaco. Estudio ACEPTA.
Comunidad de Madrid. Dirección General de Atención Primaria.
Documentos Técnicos de Salud Pública nºXXX, Madrid 2012

ESTUDIO ACEPTA

(Actividades Educativas de Prevención de Tabaquismo)

Equipo de trabajo

Diseño

Iñaki Galán: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Nelva Mata: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Alfredo Miranda: Servicio de Salud Pública del Área 9. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Luis Velázquez: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Análisis y elaboración del Informe

Luis Velázquez: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Diana Monge: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Honorato Ortiz: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Iñaki Galán: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Nelva Mata: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Consuelo Febrel: Servicio de Salud Pública Área 2. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Ana Gandarillas: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Evaluación a los 12 y 24 meses: evaluación de proceso y del impacto de la intervención completa y de sus componentes

Luis Velázquez: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

‘Características del consumo de tabaco y factores determinantes en los alumnos de 1º a 4º de ESO. Análisis por género’ y ‘Evaluación a los 12, 24 y 36 meses: estudio descriptivo y evaluación del impacto de la intervención completa’

Diana Monge: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Honorato Ortiz: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Iñaki Galán: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Nelva Mata: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Consuelo Febrel: Servicio de Salud Pública Área 2. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Ana Gandarillas: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Coordinación de la edición final del Informe:

Jenaro Astray. Área de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Cristina González del Hierro. Área de Promoción y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

M Felicitas Domínguez. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Coordinación

Diseño y realización de las encuestas

Iñaki Galán: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Nelva Mata: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Jose Luis Cantero: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

María Ordobás: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria

Trabajo de campo

Alfredo Miranda: Servicio de Salud Pública Área 9. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Eras comunitaria.

Demométrica, Investigación de Mercados y Opinión Pública

Intervención y Coordinación general

Luis Velázquez: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Desarrollo del trabajo de campo

Josefina López: Servicio de Salud Pública Área 1. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Silvia Sánchez: Servicio de Salud Pública Área 1. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Consuelo Febrel: Servicio de Salud Pública Área 2. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Piedad Hernando: Servicio de Salud Pública Área 2. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Juan Carlos Mateos: Servicio de Salud Pública Área 3. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Angel Miguel: Servicio de Salud Pública Área 3. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Vicenta LLusar: Servicio de Salud Pública Área 4. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Pilar Gómez: Servicio de Salud Pública Área 5. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Cristina Hidalgo: Servicio de Salud Pública Área 5. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Jose Mariano de León: Servicio de Salud Pública Área 6. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Marta Echenique: Servicio de Salud Pública Área 7. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Amelia Fernández: Servicio de Salud Pública Área 8. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Silvia Fernández: Servicio de Salud Pública Área 8. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Alfredo Miranda: Servicio de Salud Pública Área 9. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Maribel Sillero: Servicio de Salud Pública Área 9. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Ana Murciano: Servicio de Salud Pública Área 10. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Alicia Padrón: Servicio de Salud Pública Área 10. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Maria Isabel Martínez: Servicio de Salud Pública Área 11. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Jose María Torcal: Servicio de Salud Pública Área 11. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Cenegundis Valdés: Servicio de Salud Pública Área 11. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Jose Luis Cantero: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Nelva Mata: Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Agradecimientos

Por su colaboración en la supervisión técnica de la parte 'Evaluación a los 12 y 24 meses: evaluación de proceso y del impacto de la intervención completa y de sus componentes'

M. Felicitas Domínguez Berjón
María D. Esteban Vasallo

Por su colaboración de diversas maneras en la realización del estudio ACEPTA

M. Ángeles Planchuelo Santos
Carlos Martínez Cepa
M. Jesús Gascón Sancho
M. Teresa Palomino
Margarita García Hernando
Ángel Asensio Rubio
José Bernardo Ferrer Simo
Paloma Martínez-Pardo
José Enrique Jodrá Trillo
Ana Martínez Serrano
Leonor Gutierrez Ruiz
Pilar Urcelay Gentil
Margot Cisneros Brito
Josefina Martín Fernández
Carmen Pérez Silva
Antonio Cobos García

A todos los directores/as y tutores/as de alumnos de ESO de todos los centros participantes.

A los distintos profesionales de los Servicios Centrales y de las Direcciones Territoriales de la Consejería de Educación, que colaboraron en todas las actividades relacionadas con los centros docentes y especialmente en la formación de los tutores/as de alumnos/as.

Y por supuesto a todos los alumnos y alumnas de ESO que con su activa colaboración aceptaron generosamente someterse a nuestra insidiosa batería de preguntas y trabajar en el aula y en casa, con sus padres y madres, confiamos que en su propio beneficio y en el de todos también.

PRÓLOGO	- 9 -
RESUMEN	- 11 -
1. INTRODUCCIÓN	- 16 -
1.1. <i>Determinantes del inicio al consumo</i>	- 16 -
1.2. <i>Intervenciones educativas de prevención al inicio del consumo de tabaco</i>	- 18 -
1.2.1. Situación en España y en la Comunidad de Madrid.....	- 19 -
1.3. <i>Bibliografía</i>	- 20 -
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO ACEPTA	- 25 -
3. DISEÑO DEL ESTUDIO ACEPTA	- 25 -
3.1. <i>Tipo de estudio</i>	- 25 -
3.2. <i>Población de estudio</i>	- 25 -
3.3. <i>Estrategia general del estudio</i>	- 25 -
3.4. <i>Estrategia de intervención</i>	- 26 -
3.5. <i>Tamaño muestral</i>	- 27 -
3.6. <i>Selección muestral</i>	- 28 -
3.7. <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	- 28 -
3.8. <i>Variables de estudio. Cuestionario</i>	- 28 -
3.9. <i>Aplicación del cuestionario</i>	- 29 -
3.10. <i>Confidencialidad</i>	- 30 -
3.11. <i>Bibliografía</i>	- 30 -
4. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO Y FACTORES DETERMINANTES EN ALUMNOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA (1º A 4º DE LA ESO)	- 31 -
4.1. <i>Metodología</i>	- 31 -
a) <i>Definición de Variables</i>	- 31 -
b) <i>Análisis estadístico</i>	- 31 -
c) <i>Características de la muestra</i>	- 31 -
4.2. <i>Consumo de tabaco</i>	- 32 -
4.3. <i>Actitudes, creencias y factores de influencia social en relación con el tabaco</i>	- 36 -
4.3.1. <i>Actitud y creencias</i>	- 36 -
4.3.2. <i>Influencia social</i>	- 40 -
4.3.3 <i>Autoeficacia</i>	- 46 -
4.4. <i>Hábitos y estilos de vida</i>	- 49 -
5. EVALUACIÓN A LOS 12 Y 24 MESES: EVALUACIÓN DE PROCESO Y DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN COMPLETA Y DE SUS COMPONENTES	- 52 -
5.1. <i>Metodología</i>	- 52 -

5.2. Evaluación del proceso	- 53 -
5.3. Resultados de impacto de la intervención en su conjunto	- 57 -
5.4. Resultado de impacto de los componentes de la intervención	- 58 -
5.4.1. Resultados de impacto de las fichas de trabajo	- 58 -
5.4.2. Resultados de impacto de los talleres	- 59 -
5.4.3. Resultados de impacto según la exhaustividad de la intervención	- 59 -
6. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN COMPLETA A LOS 12, 24 Y 36 MESES ..	- 61 -
6.1. Metodología.....	- 61 -
6.2. Consumo de tabaco tras las intervenciones anuales.....	- 64 -
6.3. Análisis de la efectividad de la intervención (por intención de tratar)	- 67 -
6.4. Análisis de la eficacia de la intervención.....	- 71 -
7. DISCUSIÓN	- 73 -
7.1. Evaluación de proceso	- 73 -
7.2. Evaluación del impacto.....	- 75 -
7.3. Bibliografía.....	- 78 -
8. CONCLUSIONES	- 80 -
9. ANEXOS.....	- 83 -
Anexo I INTERVENCIONES EDUCATIVAS DEL PRIMER AÑO	
Anexo II INTERVENCIONES EDUCATIVAS DEL SEGUNDO AÑO	
Anexo III INTERVENCIONES EDUCATIVAS DEL TERCER AÑO	
Anexo IV FICHAS DE TRABAJO EN CASA	
Anexo V TABLAS DE RESULTADOS	

Desde hace años el tabaquismo es reconocido como un importante problema de salud pública, y no solo por los daños que produce tanto en la salud de los fumadores activos como de los involuntarios, y que posicionan al tabaquismo como la primera causa de enfermedad y muerte evitable en nuestro medio, sino también por la población a la que afecta, entre la que destaca el segmento infantil y juvenil, población que por su vulnerabilidad se constituye en el primer eslabón de la cadena en el proceso de hacerse fumador.

El Observatorio para la Prevención de Drogodependencias, establece la edad de inicio al consumo de tabaco en España a los 13,5 años, y la prevalencia de consumo de tabaco diario en los jóvenes de 14 a 18 años en el 12,3% (13,6% en las chicas y 11% en chicos), jóvenes que de seguir fumando verán disminuida tanto su calidad y como su cantidad de vida, ya que está demostrado que uno de cada dos jóvenes que se hacen fumadores morira como consecuencia del tabaco con una perdida de 15-20 años potenciales de vida .

En la Comunidad de Madrid, los datos más recientes (2011) indican que el 9,7% de los jóvenes de 15 y 16 años fuman diariamente (9,9% en mujeres y 9,6% en hombres), las cifras más bajas de las obtenidas desde el año 1996 en que se pone en marcha el Sistema para la Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa), y que supone una disminución porcentual del 60,4% en los chicos y del 61,2% en las chicas.

Consciente de la importancia que tiene alejar a los mas jóvenes del consumo de tabaco, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a través de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, lleva a cabo desde hace años una serie de programas como “Clase sin Humo” y “Adolescentes sin Tabaco”, que facilitan a los niños y adolescentes un mayor conocimiento de los riesgos que conlleva el consumo de tabaco para su desarrollo personal, a la vez que les aporta los instrumentos necesarios para resistir la presión y no iniciarse en su consumo, evitar el

paso de la fase de experimentación a consumo regular o retrasar al máximo la edad de inicio.

El estudio ACEPTA, que tengo el honor de prologar se llevó a cabo durante los cursos escolares 2006-2007 a 2009-2010, con la finalidad de analizar las diversas intervenciones basadas en el modelo de influencia social, con la participación de padres y educadores, en el que se ha evaluado el proceso y el impacto tanto de la intervención completa como de sus componentes.

Desde la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, esperamos que la evaluación y resultados del estudio ACEPTA que se presentan en este documento, sirvan de orientación y apoyo a los profesionales interesados en desarrollar programas dirigidos a trabajar la prevención al inicio del consumo de tabaco en los centros educativos.

Santiago Sevilla Alonso

Subdirector de Promoción de Salud y Prevención

RESUMEN

Introducción

El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco es uno de los principales problemas de salud pública que tiene importantes consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales.

La estrategia de lucha frente al tabaquismo en adolescentes se centra en la prevención del inicio en el consumo de tabaco, con el objetivo de que se evite o al menos se retrase en el tiempo. Está comprobado que los individuos que empiezan a fumar a una edad muy temprana, tienen más dificultades para abandonar dicho hábito, más probabilidades de expresar un perfil de dependencia en los 2 años siguientes al comienzo, así como más probabilidades de convertirse en grandes fumadores y desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco.

Los programas escolares de intervención educativa para la prevención del tabaquismo han ido acumulando evidencias de su efectividad en el retraso del inicio del consumo, siendo más cuestionable su evidencia a largo plazo. Los programas multimodales, que combinan la intervención sobre el alumno con la intervención sobre profesores, padres y comunidad, han demostrado mayor efectividad. El modelo teórico de comportamiento más exitoso ha sido el de influencia social, que acentúa el papel que el entorno social ejerce sobre el comportamiento de los jóvenes.

Por todo ello, con el fin de evaluar las intervenciones educativas que en la Comunidad de Madrid se venían desarrollando con anterioridad, se diseñó el estudio ACEPTA basado en el modelo de influencia social sobre el inicio de consumo de tabaco en adolescentes, cuyo objetivo principal fue evaluar el efecto de una estrategia de intervención comunitaria educativa sobre el inicio del consumo de tabaco en la Comunidad educativa de 1º a 4º de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) de la Comunidad de Madrid.

Metodología

Estudio longitudinal de intervención comunitaria de 4 años de duración con asignación aleatoria sobre una muestra de alumnos de 1º de la ESO representativa de los alumnos de la Comunidad de Madrid. Para ello se realizó un muestreo estratificado, proporcional al número de alumnos matriculados en 1º de la ESO según el ámbito geográfico y la titularidad del centro educativo. La muestra se dividió en dos grupos, uno recibió la intervención y otro fue el de control.

Las intervenciones educativas tuvieron lugar en el aula, estaban basadas en las teorías de comportamiento de la acción razonada y del aprendizaje social, y estaban llevadas a cabo por monitores externos a los centros. Las intervenciones se realizaron anualmente sobre una cohorte de alumnos a lo largo de su paso por los cuatro cursos de la etapa ESO.

También se realizó intervención educativa sobre los padres, a través de tres fichas de trabajo en casa para realizar con sus hijos y la oferta a los padres fumadores de asistencia telefónica para dejar de fumar (“quit line”), y sobre los profesores, mediante la oferta de cursos de formación sobre prevención del tabaquismo en jóvenes.

Como instrumento de recogida de datos para la evaluación del impacto de la intervención, se utilizó un cuestionario autoadministrado adaptado del utilizado en el proyecto ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach), un programa europeo de prevención de tabaquismo en adolescentes. Se realizó una medición basal y tres mediciones posteriores tras las intervenciones educativas anuales.

Se analizaron las características del consumo de tabaco y sus factores determinantes por sexo en los alumnos participantes. Se ha evaluado el proceso y el impacto de la intervención completa y de sus componentes (sesiones y fichas) a los 12 y 24 meses. Finalmente se ha realizado una evaluación del impacto de la intervención completa a los 12, 24 y 36 meses considerando dos estrategias: Una primera y general por intención de tratar, y una segunda para evaluar la eficacia de la intervención. En esta última se eliminó del grupo control a aquellos alumnos que habían recibido alguna intervención educativa y el de intervención se dividió en dos grupos. Uno en el que estaban los alumnos que habían recibido la intervención educativa completa y otro en el que estaban los que habían recibido una intervención incompleta

Se realizó un estudio descriptivo, análisis bivariados y posteriormente análisis multivariantes.

Resultados

De la muestra basal de de 7437 alumnos de 1º de la ESO, 4093 alumnos fueron seguidos hasta los 24 meses (2003 en el grupo de intervención y 2090 en el grupo control) y 3363 hasta los 36 meses (1679 en el grupo de intervención y 1684 en el grupo control). La comparabilidad de los grupos no se vio afectada por las pérdidas. Por sexos, la muestra se compuso de una relación 1:1 de chicos y chicas. La edad promedio de los alumnos de 1º de la ESO fue de 12,6 años, y la de 4º de 15,6 años.

Durante los primeros 24 meses se realizaron un total de 1285 intervenciones educativas (talleres), el 99,2 % de las previstas en los dos años. Se realizaron asimismo el 96,6% de las reuniones previstas con la dirección de los centros del grupo de intervención (54,6% de asistencia de los tutores de alumnos) y el 80% de las reuniones previstas con los padres de los alumnos del grupo intervención (asistencia de 11,8% de los hogares implicados).

La guía didáctica dirigida a padres y madres se repartió en el 100% de las aulas del grupo de intervención.

De acuerdo con la información facilitada por los propios alumnos en relación con las fichas de trabajo en casa, el 6,8% no realizó ninguna ficha, el 16,4% una, el 20,8% dos y el 56% tres. La tasa global de respuesta (número total de fichas realizadas sobre

las entregadas) fue 73.5%. La respuesta a las fichas fue mejor en los centros privados y cuando los tutores acudieron a las reuniones con la dirección del centro.

Tanto la demanda telefónica de apoyo para dejar de fumar por parte de los padres, como la demanda de formación por parte de los profesores fueron muy escasas.

Consumo de tabaco por sexo:

La prevalencia de fumadores en 1º de la ESO es de 1,4% en chicos y de 2,4% en chicas. Esta prevalencia va aumentando a lo largo de los tres siguientes cursos llegando a alcanzar un 14,6% (IC95% 12,9-16,4) de consumo en chicos y un 23,1% (IC95% 21,1-25,0) en chicas de 4º de la ESO.

Según pasan de curso escolar, no sólo aumenta el porcentaje de alumnos fumadores en ambos sexos, sino que éstos además consolidan su hábito siendo la proporción de fumadores semanales y diarios cada vez mayor.

Factores determinantes del inicio del consumo:

Actitud y creencias: La gran mayoría de los alumnos, tanto las chicas como los chicos, opinan que fumar es muy malo para su salud (88,0% de las chicas y 85,8% de los chicos en 4º de la ESO) y que fumar es una gran estupidez (76,8% de las chicas y 74,0% de los chicos en 4º de la ESO). En contrapartida, el porcentaje de chicas que creen que el tabaco les ayudaría un poco o mucho a relajarse y que les ayudaría un poco o mucho a estar más delgadas es significativamente superior respecto a los chicos en 2º, 3º y 4º de la ESO.

Influencia social. *Norma subjetiva:* la gran mayoría de los alumnos, sean chicos o chicas, creen que tanto su madre como su padre no estarían de acuerdo con que ellos empezaran a fumar. Sin embargo, a lo largo de los cuatro años esta creencia se va relajando aumentando el resto de categorías más permisivas. Cuando hablamos de los iguales y concretamente del mejor amigo/a, se observa que un mayor porcentaje de chicas creen que su mejor amiga no estaría de acuerdo con que empezara a fumar en los cuatro cursos escolares respecto a los chicos. Parece que los chicos se sienten menos influenciados por la opinión de sus amigos. *Norma social:* El porcentaje de padres y madres fumadoras según refieren los propios alumnos, se sitúa alrededor de un 32%. Tanto para los hermanos como para los amigos se observa que a medida que avanzan los cursos escolares aumenta el porcentaje de alumnos que opinan que una mayor cantidad de sus iguales fuma. Además, un porcentaje mayor de las chicas respecto a los chicos cree que un mayor número de sus amigas fuma. *Percepción subjetiva:* En 4º de la ESO un 56,2% de las chicas creen que “más de la mitad” o “casi todos” los chicos y chicas de su edad fuman. En los chicos este porcentaje sólo alcanza el 37,1%. *Presión social:* El porcentaje de chicos y chicas que se han sentido presionados por parte de sus amigos/as para fumar es creciente según se pasa de curso escolar (13,5% de los chicos y 11,3% de las chicas en 4º de la ESO).

Autoeficacia: Entorno al 75-80% de los alumnos, tanto en los chicos como en las chicas, cree que serían capaces de rechazar un cigarrillo si se lo ofreciera insistentemente su hermano/a, padre, madre, o su mejor amigo. La capacidad para rechazar un cigarrillo a pesar de que los amigos se metieran con él o ella arrojan resultados sustancialmente diferentes a los anteriores. Las categorías que engloban la falta de capacidad para rechazar fumar son más elevadas y además el porcentaje de alumnos indecisos frente a esta cuestión es también mayor, siendo este perfil similar para los cuatro años de seguimiento.

Susceptibilidad: La cantidad de chicos y chicas que creen que fumarán es creciente según se pasa de curso escolar. Además el porcentaje de chicas respecto a los chicos que creen que empezarán a fumar tanto en el próximo año como en los próximos 5 años es significativamente superior.

Evaluación de la intervención comunitaria educativa:

El consumo de tabaco tras las intervenciones educativas es similar en el grupo intervención y control, y aumenta según avanza el año escolar. La prevalencia de inicio de consumo de tabaco fue de 2,5%, en el grupo intervención y de 2,8 en el de control en 2º de la ESO, ascendiendo a 15,6% en el grupo intervención y 14,9% en el control en 4º de la ESO. No sólo aumenta la prevalencia de fumadores sino que además se consolida el hábito tabáquico siendo la proporción de fumadores diarios cada vez mayor según aumenta el curso escolar tanto en el grupo intervención como en el control.

Según el análisis por intención de tratar, tras la intervención educativa en los centros la probabilidad de iniciar el consumo de tabaco en el grupo intervención respecto al control no es significativamente diferente a los 12, 24 o 36 meses, para ambos sexos agrupados o por separado.

Para el análisis de la eficacia de la intervención educativa se incluyeron a los alumnos del grupo control que no habían recibido ninguna intervención educativa y se comparó frente a los del grupo intervención, el cual se dividió en grupo de intervención completa e incompleta. A los 24 meses de seguimiento se observa una menor probabilidad de consumo tanto en el grupo con intervención incompleta como completa, respecto a los participantes en el grupo control que no han realizado ninguna actividad educativa (OR 0,82; IC95% 0,64-1,07 grupo intervención incompleta, OR 0,73; IC95% 0,54-0,98 grupo intervención completa). A los 36 meses esta tendencia no se puede confirmar puesto que la probabilidad de consumo es mayor en el grupo de intervención incompleta (OR 1,14, IC95% 0,81-1,61) y menor en el de intervención completa (OR 0,94, IC95% 0,74-1,18) sin llegar a alcanzar significación estadística en ningún caso.

En el análisis del impacto parcial de los dos componentes fundamentales de la intervención, los talleres en el aula y las fichas de trabajo en casa, se observó que los talleres por sí solos no tuvieron ningún impacto en el inicio del consumo de tabaco en el grupo de intervención respecto al control. Sin embargo sí se observó una asociación

estadísticamente significativa entre la realización de fichas de trabajo en casa y la no iniciación al consumo de tabaco a los 12 y 24 meses, para ambos sexos agrupados y por separado, con valores mínimos de OR de 0,12 (0,04-0,38) y 0,2 (0,09-0,45).

Cuando se analizó el impacto global de la intervención a los 24 meses en subgrupos específicos, de acuerdo al grado de intervención recibido, se apreció en general, en consonancia con los resultados del análisis del impacto parcial, un efecto preventivo de la intervención frente al grupo control en los subgrupos que más fichas realizaron, independientemente de los talleres recibidos, para ambos sexos agrupados y por separado.

Conclusiones

En este estudio no se ha evidenciado en el grupo de intervención, frente al grupo control, un efecto significativo de la intervención sobre el inicio del consumo de tabaco a los 12, 24 o 36 meses de su inicio. Sí se han observado no obstante efectos preventivos a los 24 meses en el grupo de intervención cuando éste se ha analizado por subgrupos de intervención (efecto preventivo en los subgrupos que realizaron más fichas en casa) o cuando se han eliminado del grupo control los alumnos que recibieron algún taller. También se han observado efectos preventivos sobre el inicio del consumo, a los 12 y 24 meses, al analizar por separado el impacto de las fichas de trabajo en casa.

La prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de segundo a cuarto de la ESO es elevada siendo mayor en chicas que en chicos.

Los alumnos y alumnas de la etapa ESO tienden a sobredimensionar el consumo de tabaco de sus iguales.

Es conveniente seguir realizando estudios para profundizar en el conocimiento y evaluación de los efectos de las intervenciones educativas sobre tabaco en adolescentes, así como mejorar la realización de las mismas dada la alta prevalencia de consumo de tabaco en los adolescentes de la Comunidad de Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

El tabaquismo constituye un problema prioritario de salud pública por la elevada morbimortalidad prevenible que conlleva (1), siendo responsable del 20% de las muertes en países industrializados (2). A pesar del mayor control del tabaquismo en los últimos años, su frecuencia continúa todavía muy elevada: en Europa, la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes y adultos jóvenes varía entre el 23-47% en chicos y el 18-46% en chicas (3). En España, alrededor del 32% de los jóvenes de 16-24 años son fumadores (4) y en la Comunidad de Madrid, el 27,7% de los jóvenes de 15 y 16 años fuman diaria u ocasionalmente (5).

Se ha demostrado que los adolescentes que comienzan a fumar antes de los 15 años tienen un riesgo dos veces mayor de desarrollar cáncer de pulmón comparado con los que empiezan a fumar a partir de los 20 años (6), y en las chicas el inicio de consumo de tabaco durante los 5 años posteriores a la menarquia se ha relacionado con un aumento en el riesgo de cáncer de mama (7). Otro aspecto a tener en cuenta es la exposición pasiva al humo del tabaco, que en niños y adolescentes es responsable del mayor riesgo de morbilidad respiratoria, aumento de la hiperreactividad bronquial (8-9), otitis crónica (10) y eccema atópico (11).

El consumo de tabaco en la adolescencia se ha relacionado con el consumo de alcohol y otras drogas ilegales. También se ha observado que los adolescentes que consumen tabaco tienen más probabilidades de verse envueltos en peleas, tener relaciones sexuales de riesgo y practicar otras conductas de riesgo (12).

La prevención del inicio del consumo de tabaco en los adolescentes es por tanto un objetivo prioritario de salud pública, ya que los individuos que empiezan a fumar a una edad muy temprana, tienen más dificultades para abandonar dicho hábito, más probabilidades de expresar un perfil de dependencia en los 2 años siguientes al comienzo, así como más probabilidades de convertirse en grandes fumadores y desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco (13-14).

1.1. Determinantes del inicio al consumo

El conocimiento de los factores que predisponen a la iniciación en el consumo de tabaco en la edad escolar puede ayudar a mejorar las estrategias preventivas y retrasar la edad de inicio (15). Entre los determinantes del inicio del consumo de tabaco se han identificado los siguientes factores:

- **Factores sociodemográficos:** Los adolescentes pertenecientes a *familias con un estatus socioeconómico bajo*, así como aquellos procedentes de *familias monoparentales*, tienen un riesgo mayor de convertirse en fumadores (12)
- **Factores ambientales:** La *influencia de los iguales (amigos)* parece jugar un papel muy importante en los estadios iniciales del consumo de tabaco, siendo más importante incluso que la influencia del consumo de los padres. Por otro lado,

una *baja permisividad de los padres* respecto al consumo de tabaco de los hijos, es un factor que reduce el consumo. Para los adolescentes es más importante el *ambiente social que perciben* que el real; así pues se ha demostrado que los adolescentes tienden a sobreestimar el número real de jóvenes y adultos fumadores y que los adolescentes que más sobreestiman este consumo son los que más probabilidades tienen de convertirse en fumadores, al igual que los que perciben una mayor accesibilidad del tabaco en su medio (12).

La *publicidad* es otro de los determinantes más importantes. La industria del tabaco se ha centrado en los jóvenes como su mayor potencial de inversión, ya que son los fumadores jóvenes los que mantienen el negocio, al reponer las pérdidas de fumadores adultos (bien porque abandonen el hábito o fallezcan como consecuencia de las enfermedades causadas por el tabaco). Muchos de los elementos positivos que los adolescentes asocian con el consumo de tabaco, han sido mensajes creados por la publicidad, que ha contribuido a que los jóvenes asocien tabaco con independencia, libertad, buena salud y búsqueda de aventura y emociones fuertes. Este mensaje “penetra” especialmente en los adolescentes con una menor autoestima, ya que lo ven como un medio a través del cual pueden mejorar su propia imagen. La publicidad también se centra en fomentar en los adolescentes la falsa percepción de que el consumo de tabaco es el comportamiento “normal” adoptado por la mayoría de la gente (12).

Otro factor ambiental que influye en el inicio del consumo de tabaco en jóvenes es pasar el tiempo libre en determinados establecimientos de ocio como discotecas o bares (16).

Un estudio que analiza por separado la influencia de los factores relacionados con el centro escolar y los del individuo, confirma que los modelos sociales de consumo de tabaco en el entorno más cercano (familia, amigos) y en el centro escolar, están directamente relacionados con el inicio del consumo. El resultado más novedoso es que los adolescentes que a priori tienen un riesgo bajo de convertirse en fumadores (sin amigos o familiares que fumen), al acudir a un centro con una alta prevalencia de fumadores entre los estudiantes más mayores, tienen más probabilidades de iniciarse en el consumo de tabaco. La influencia del medio escolar es tan grande que incluso afecta a los alumnos menos susceptibles, actuando como una “incubadora” de inicio de consumo de tabaco (17).

- **Factores personales:** La adolescencia es un período de transición, de maduración física y psicológica, de independencia emocional y de la construcción de una imagen coherente de uno mismo. Es una etapa por tanto de máxima vulnerabilidad para una serie de comportamientos incluyendo el consumo de tabaco. Los adolescentes que asocian el consumo de tabaco como un elemento positivo a la hora de relacionarse con sus compañeros, de sentirse maduros e independientes y de tener una imagen social positiva, tienen un mayor riesgo de convertirse en fumadores. Los adolescentes que comienzan a fumar tienen una *menor autoestima* que sus compañeros no fumadores. Otro factor importante parece ser la *falta de confianza en uno mismo para declinar* las ofertas de tabaco

(falta de autoeficacia). La *intención de consumir tabaco y la experimentación actual* también son importantes predictores del inicio de consumo (12).

- **Factores del comportamiento:** Los adolescentes con peores resultados académicos (12), así como los que consumen alcohol y otras drogas tienen más probabilidades de convertirse en fumadores (15).

1.2. Intervenciones educativas de prevención al inicio del consumo de tabaco

Los programas escolares de prevención del tabaquismo se hallan ampliamente difundidos en numerosos países, sin embargo parecen menos efectivos que otras medidas de información a la población destinadas a reducir la demanda del tabaco (18). Su eficacia en la prevención del inicio y consolidación del consumo de tabaco en jóvenes, aunque discutida en ocasiones, ha ido creciendo en evidencia con el tiempo, siendo controvertida todavía su eficacia a largo plazo (19-26).

Los programas dirigidos exclusivamente a los jóvenes en sus centros educativos parecen menos efectivos que las estrategias multimodales que incluyen el trabajo en la escuela, con los padres y en la comunidad (22-31).

Existen 3 modelos teóricos de intervenciones escolares de prevención al inicio del consumo (32): El **modelo racional**, el **modelo de educación afectiva/competencias sociales** y el **modelo de la influencia social**. El modelo racional, se basa en aumentar la conciencia y la comprensión de los efectos nocivos en la salud, ya que los adolescentes suelen estar mal informados, mientras que el modelo de la educación afectiva, trata de influir sobre los valores, creencias y actitudes, reforzando la autoestima y desarrollando habilidades para la toma de decisiones, comunicación y asertividad.

El modelo teórico de comportamiento en que se basan la mayor parte de las intervenciones dirigidas a influir en la conducta de los jóvenes frente al tabaco es el de la influencia social, desarrollado por Evans (33-35), a partir de la teoría del aprendizaje social de Bandura (36), que resalta la influencia de modelos de comportamiento (amigos, padres y medios de comunicación) en el aprendizaje de los jóvenes a través de su imitación, y el modelo de comunicación persuasiva-inoculación cognitiva de McGuire (37), que sugiere la posibilidad de reforzar actitudes existentes en el individuo frente a presiones de comportamiento contrarias a dichas actitudes, a través de mensajes persuasivos (“inoculación”). También es ampliamente utilizada la estrategia Aprendizaje de Habilidades para la Vida (38), que incorpora a los factores sociales estudiados por Evans, factores psicológicos como la autoestima y la confianza en uno mismo y fomenta el control de la ansiedad social.

La mayoría de los programas de influencia social actuales están basados en el **“Modelo ASE (Attitude-Social influence-Efficacy Model), de determinantes de la Conducta” (De Vries)** que consta de 3 componentes: Actitud, Influencia social y Autoeficacia (argumentos y habilidades de rechazo) (39). Estos programas se basan en

la educación normativa, lo que facilita la clarificación de las normas y del consumo real de tabaco entre los iguales, que con frecuencia se encuentra sobreestimado por el adolescente. También utilizan el entrenamiento en habilidades para hacer frente a la presión de grupo (habilidades para decir no) y para resistir mensajes publicitarios; otros elementos de estos programas son la autoeficacia y las consecuencias del tabaco a corto plazo (actitudes).

Teniendo en cuenta su función educadora y su accesibilidad, es habitualmente el profesor o profesora el encargado de realizar las actividades educativas en la escuela; sin embargo, la falta de formación específica y del tiempo necesario durante el calendario escolar, constituyen importantes inconvenientes (40) que han motivado la utilización alternativa de otras figuras educadoras, como alumnos y profesionales sanitarios, con buenos resultados (25-27, 41-44).

El trabajo con padres y madres es un importante componente de los programas escolares preventivos (43). Aunque algunos trabajos plantean dudas al respecto (46-48) hay evidencias diversas de su efectividad en la prevención del inicio del consumo de tabaco, ya sea como estrategia básica de intervención o como un componente más de los programas escolares (24, 30-31, 48-52).

No existe consenso sobre el nivel educativo idóneo, pero en general se identifica el paso de la educación primaria a secundaria (11-12 años) como la edad ideal para la intervención, teniendo en cuenta que la adopción del hábito se inicia principalmente en estas edades (53).

El efecto de estas intervenciones persiste de 1-4 años, disminuyendo a largo plazo (12). Hasta el momento sólo se ha podido demostrar la efectividad en el retraso del consumo en jóvenes, en los 2 años posteriores a la intervención (32). Parece que las sesiones de refuerzo una vez acabado el programa y la continuidad en el tiempo aumenta la efectividad a largo plazo (54,55). Otros elementos que se deben tener en cuenta por haber demostrado aumentar la eficacia de estas intervenciones escolares, son la realización conjunta de actividades comunitarias a través de la participación de los padres y de campañas publicitarias en medios de comunicación en contra del tabaco (56).

En cuanto al diseño de la intervención, es muy importante para aumentar las posibilidades de éxito, que cuente con una metodología rigurosa (29,57) y que la implantación del programa en el centro escolar se lleve a cabo de forma adecuada (58).

1.2.1. Situación en España y en la Comunidad de Madrid

En España existen pocas publicaciones sobre las intervenciones educativas de prevención al inicio. En Madrid y Cataluña, sin embargo, durante el periodo 1997-2002, se llevó a cabo una intervención escolar basada en el modelo de influencia social (Modelo ASE) y enmarcada dentro de un proyecto internacional (ESFA, European Smoking Prevention Framework Approach) (59) con la participación de 6 países

Europeos y una muestra total de 20166 alumnos de 13 años. A pesar de la heterogeneidad de los resultados dependiendo del país, los resultados referentes a España demostraron un impacto positivo de la intervención. En Madrid se observó una mayor prevalencia de no fumadores en el grupo experimental (datos no publicados). En Barcelona se observaron cambios cognitivos favorables (actitudes más negativas hacia el tabaco, aumento de la autoeficacia y actitud negativa hacia la intención de fumar en el futuro) y una disminución en la prevalencia de fumadores semanales. Este estudio pone de manifiesto la importancia de las intervenciones educativas de prevención al inicio y hace especial hincapié en la importancia de implicar a la familia (padres) en las intervenciones futuras (60).

En la Comunidad de Madrid desde el año 2002 se han venido realizando regularmente actuaciones programadas de prevención del tabaquismo en centros escolares, por parte de los servicios de Salud Pública, a través del Programa Adolescentes sin Tabaco. A comienzos de 2006 tomó forma la idea, tiempo atrás surgida, de realizar un estudio que evaluara el impacto de tal tipo de actuaciones (sesiones educativas en el aula fundamentalmente); dicha idea se concretó en el estudio ACEPTA (Actuación en Centros Educativos para la Prevención del Tabaquismo), que pretendía evaluar las actuaciones mencionadas, integradas en una estrategia de intervención global más ambiciosa que la desarrollada en Adolescentes sin Tabaco.

En el presente informe mostramos los resultados de estudio ACEPTA en el que se estudia el efecto de una intervención en la comunidad educativa, basada en el modelo de influencia social sobre el inicio de consumo de tabaco en adolescentes de la Comunidad de Madrid.

1.3. Bibliografía

1. King A, Wold B, Tudor-smith C, Harel Y. *The health of youth. A cross-national survey.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1996.
2. *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General 1989.* US Department of Health and Human Services and Centers for Disease Control and Prevention.
3. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Baban A, Glass K, Pelzer K, Tsuda A, Vinck J. *An International comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries.* *Addiction* 2002; 97:1561-1571.
4. *Encuesta Nacional de Salud 2006.* Ministerio de Sanidad y Política Social. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
5. *Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2010.* *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2011, 4 (17): 3-38.*

6. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in UK since 1950: combination of national statistics with two case control studies. *BMJ* 2000; 321: 323-329.
7. Band PR, Le ND, Fang R, Deschamps M. Carcinogenic and endocrine disrupting effects of cigarette smoke and the risk of breast cancer. *Lancet* 2002; 360:1044-1049.
8. Rizzi M, Sergi M, Andreoli A, Pecis M, Bruschi C, Farfulla F. Environmental tobacco smoke may induce early lung damage in healthy male adolescents. *Chest* 2004; 125:1387-1393
9. Jang AS, Choi IS, Lee S, Nam HS, Kweon SS, Son MH, Lee JH, Park SW, Kim DJ, Uh ST, Dim YH, Park CS. The effect of passive smoking on asthma symptoms, atopy, and airway hyperresponsiveness in school children, *J Korean Med Sci* 2004; 19:214-217.
10. National Cancer Institute. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: the report of the California Environmental Protection Agency 1999, US Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Cancer Institute, Bethesda, MD.
11. Kramer U, Lemmen CH, Behrendt H, Link E, Schafer T, Gostomzyk J, Scherer G, Ring J. The effect of environmental tobacco smoke on eczema and allergic sensitization in children. *Br J Dermatol* 2004; 150 (1): 111-118. 11-b.: U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General—Executive Summary. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006
12. Preventing tobacco use among young people. A Report of the Surgeon General 1994. US Department of Health and Human Services and Centers for Disease Control and Prevention.
13. La Torre G, Chiarada G, Ricciardi G. School-based smoking prevention in children and adolescents: review of the scientific literatura. *J Public Health* 2005;13:285-290.
14. Fernandez E, Schiaffino A, La Vecchia C, Borrás JM, Nebot M, Salto E, Tresserras R, Rajmil L, Villalbi JR, Segura A. Age at smoking onset and number of cigarettes smoked in Catalonia, Spain, *Prev Med* 1999; 28:361-6.
15. Ariza C, Nebot M. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:227-238.
16. Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, López MJ, Juárez O. Factores asociados con el inicio del tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. *Arch Bronconeumol* 2004; 40:495-501.
17. Leatherdale ST, Cameron R, Brown KS, Jolin MA, Kroeker C. The influence of friends, family, and older peers on smoking among elementary school students: Low risk students in high risk schools. *Preventive Medicine* 2006:218-222.
18. Jha P, Chaloupka FJ. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. The World Bank. Washington DC. 1999

19. Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara F. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health* 36 (2005) 162-169.
20. Skara s, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention promagram evaluations. *Preventive Medicine* 2003, 37, 451-474.
21. Jit M, Aveyard P, Barton P, Meads CA. Predicting the life-time benefit of school-based smoking prevention programmes. *Addiction* 2010, 105, 1109-1116
22. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
23. Dobbins M, DeCorby K, Manske S, Goldblatt E. Effective practices for school-based tobacco use prevention. *Preventive Medicine* 2008, 46, 289-297.
24. Müller-Riemenschneider F, Bockelbrink A, Reinhold T, Rasch A, Greiner W, Willich SN. Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control* 2008 , 17, 301-312.
25. Flay BR. School- based smoking prevention programs with the promise of long-term effects. *Tobacco Induced Diseases* 2009, 5:6. Disponible en <http://www.tobaccoinduceddiseases.com/content/5/1/6>
26. Baska T, Straka S, Baskova M, Mad'ar R. Effectiveness of school programs in tobacco control. *Cent Eur J Publ Health* 2004, 12 (4), 184-186.
27. *Reducing Tobacco Use. A report of the Surgeon General.* Atlanta, GA:US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
28. Sowden A, Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003 Issue I.
29. Peterson AV Jr, Kealey KA, Mann SL, Marek PM. Hutchinson smoking prevention project: Long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-Results on smoking. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 1979-91.
30. Pentz MA. Effective prevention programs for tobacco use. *Nicotine & Tobacco Research* 1999, 1, S99-S107.
31. Spoth RL, Redmond C, Shin Ch. Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescence substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001, 69 (4), 627-642.
32. Institute of Medicine (IOM). *Growing up tobacco free: preventing nicotina addiction in children and youth.* Washington DC: National Academy Press,1994.
33. Evans RI. Smoking in children: developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine* 1976, 5, 122-127.

34. Evans RI, Rozelle RA, Mittelmark MB, Hansen WB, Bane AL, Havis J. Detering the onset of somoking in children: knowledge of immediate physiological effects and coping with pressure, media pressure, and parent modelling. *Journal of Applied Social Psychology* 1978, 8 (2) 126-135.
35. Evans RI, Rozelle RA, Maxwell SE, Raines BE, Dill ChA, Guthrie TJ. Social modelling films to deter smoking in adolescents: results of a Three-Year Field Investigation. *Journal of Applied Psychology* 1981, 66 (4) 399-414.
36. Bandura A. *Social learning theory*. New York. General Learning Press, 1971.
37. McGuire WJ. *Communication-persuasion models for drug education: experimental findings*. In M. Goodstadt (Ed.), *Research on methods and programs of drug education*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1974.
38. Botvin GJ, Eng A, Williams ChL. Preventing the onset of cigarette smoking through Life Skills Training. *Preventive Medicine* 1980, 9, 135-143.
39. de Vries, Kijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Ed Res* 1988; 3:273-82.
40. Reid D. Failure of an intervention to stop teenagers smoking. *BMJ* 1999, 319, 934-935.
41. Harden A. Peer-delivered health promotion for young people: A systematic review of different study designs. *Health Educational Journal*, 2001, 60 (4) 339-353.
42. Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, Hughes R, Moore L. An informal school-bases peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet* 2008, 371, 1595-1602.
43. Glynn, TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. *Journal of School Health*, 59 (5) 181-188.
44. Sherman EJ, Primack BA. What works to prevent adolescent smoking? A systematic review of the National Cancer Institute's Research-Tested Intervention Programs. *J Sch Health* 2009, 79 (9), 391-399.
45. Thomas RE, Baker P, Lorenzetti D. Programas familiares para la prevención del hábito de fumar en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 4. Disponible en: <http://www.update-software.com>
46. Spoth RL, Randall GK, Trudeau L, Shin C, Redmond C. Substance use outcomes 5½ years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug und Alcohol Dependence* 2008, 96, 57-68.
47. Curry, SJ. A randomized trial of a family-based smoking prevention intervention in managed care. *Preventive Medicine*, 37 (2003) 617-626.
48. Biglan, A et al. Experimental Evaluation of a Modular Approach to Mobilizing Antitobacco Influences of Peers and Parents. *American Journal of Community Psychology*, 24 (3) 311-339.

49. Jackson, Ch; Dickinson, D. Enabling parents who smoke to prevent their children from initiating smoking. *Arch Pediatr Adolesc*, 160 (2006) 56-62.
50. Bauman, KE et al. Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prevention Science*, 3 (1) 35-42.
51. Stanton B, Cole M, Galbraith J, Li X, Pendleton S, Cottrel L, Marshall S, Wu Y, Kaljee L. Randomized trial of a parent intervention. Parents can make a difference in long-term adolescent risk behaviors, perceptions and knowledge. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, 158, 947-955.
52. Josendal O, aaro LE, Torsheim T, Rasbash J. Evaluation of the school-based smoking-prevention program "BE smokeFREE". *Scandinavian journal of psychology* 2005, 46, 189-199.
53. Rooney BL, Murray DM. A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Educ Q* 1996;23:48-64.
54. Elder JP, Sallis JF, Woodruff SI, Wildey MB. Tobacco refusal skills and tobacco use among high risk adolescents, *J Behav Med* 1993;16:629-42.
55. Murray DM, Pirie P, Leupker RV, Pallonen U. Five and six year follow up results from four seventh grade smoking prevention strategies *J Behav Med* 1989;12:207-218.
56. Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH. Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: effects 2 years after completion. *Am J Public Health* 1994; 84:1148-50.
57. Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman, Pollack HA, Berson J, Ahlstrom A. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control* 2000; 9:47-63.
58. Lopez ML, Comas A, Herrero P, Pereiro S, Fernandez M, Thomas H, Douglas J, Markham W, Charlton A, Vries de H, Leijts I, Mesters I, Ausems M. Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:303-318.
59. De Vries, H et al. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): an example of integral prevention. *Health Education Research*, 18(5) 611-626
60. Ariza C, Nebot M, Jané M, Tomás Z, De Vries H. El Proyecto ESFA en Barcelona: Un programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes. *Prev Tab*. 2001; 3:70-7.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO ACEPTA

Los objetivos planteados en el estudio ACEPTA fueron dos:

- Evaluar el impacto de una estrategia de intervención comunitaria para la prevención del inicio de consumo de tabaco en alumnos de 1º-4º de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) de la Comunidad de Madrid.
- Determinar variables relacionadas con las distintas fases de comportamiento en el inicio del consumo de tabaco

En este documento sólo se presentan los resultados relacionados con el primero de estos objetivos a los 12, 24 y 36 meses. Se realiza asimismo una evaluación de proceso del estudio y se describen por género las características del consumo de tabaco y de las actitudes, creencias y factores de influencia social en relación con el tabaco en los alumnos de 1º a 4º de ESO.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO ACEPTA

3.1. Tipo de estudio

Se diseñó un ensayo de intervención comunitaria, con asignación aleatoria. La unidad de selección fue el centro escolar.

3.2. Población de estudio

Alumnos de 1º de ESO (curso escolar 2006-2007) de centros escolares de titularidad pública y privada de la Comunidad de Madrid, seguidos hasta 4º de ESO (curso 2009-2010).

3.3. Estrategia general del estudio

Se seleccionaron de forma aleatoria dos grupos de estudio, uno que recibió la intervención y otro que actuó como grupo control. Se midió la situación basal en ambos grupos a través de un cuestionario, antes de realizar la intervención (T0). Posteriormente, cada uno de los tres años siguientes, se realizó la intervención educativa correspondiente en el grupo de intervención y se pasó después a ambos grupos un cuestionario semejante al inicial (T1, T2, T3), para valorar los cambios aparecidos.

3.4. Estrategia de intervención

La unidad de intervención fueron los centros educativos. La intervención en cada centro escolar del grupo experimental se articuló en tres niveles: alumnos de ESO, profesores y padres de los mismos. El modelo teórico seguido en dicha intervención es el Attitude-Social influence-self-Efficacy (ASE) model, utilizado en el estudio ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach), un ensayo de intervención comunitaria de prevención del inicio al consumo de tabaco dirigido a adolescentes de 11 a 16 años, con tres niveles de intervención: individual, medio escolar y comunidad (1). En los centros controles no se realizó ninguna intervención, pero tampoco se impidió que otras instituciones distintas de la administración de la Comunidad de Madrid, promotora del estudio, intervinieran en tales centros para prevenir el consumo de tabaco.

Con los alumnos de los centros experimentales se realizaron intervenciones educativas en el aula basadas en las teorías de comportamiento de la acción razonada (Fishbein y Azjen) (2) y del aprendizaje social (Bandura) (3). Fueron llevadas a cabo por profesionales sanitarios, con experiencia previa en este tipo de intervenciones, con la colaboración de los tutores de los alumnos.

Las intervenciones se realizaron sobre una cohorte de alumnos a lo largo de su paso por los distintos cursos de la etapa ESO y consistieron en sesiones de 55' cada una, con metodología participativa, grupos de discusión y técnicas de role-playing. Sobre la muestra basal de 1º de la ESO se realizó la primera intervención educativa que constaba de 5 sesiones llevadas a cabo desde noviembre de 2006 a abril de 2007; la segunda intervención (4 sesiones) realizada desde octubre de 2007 a mayo de 2008; y la tercera intervención (2 sesiones) realizada desde febrero de 2009 a mayo de 2009. Por tanto el número de sesiones realizadas durante los tres años estudiados (1º-3º de ESO) fueron 5, 4 y 2 respectivamente.

En el Anexo 1 pueden consultarse los objetivos, contenidos y desarrollo de todas las sesiones realizadas.

El trabajo con los profesores consistió en la oferta a todos ellos, y la realización posterior si lo demandaban, de un curso de carácter eminentemente práctico (aproximadamente 20 horas), en el que se les ofrecía formación, asesoramiento y orientación para la elaboración de un proyecto de prevención de tabaquismo en jóvenes en el medio escolar. También como objetivo del curso se estableció el que los profesores compartieran experiencias educativas y reflexionaran sobre las relaciones entre profesorado y alumnado, promovándose la participación individual y grupal. El fin último del curso era que el profesorado se incorporase activamente, mediante su trabajo en el aula fundamentalmente, pero también como integrante de la comunidad educativa, en las estrategias de prevención de inicio del consumo de tabaco en el centro escolar.

A todos los profesores fumadores se les facilitó la oferta de la atención sanitaria para dejar de fumar totalmente gratuita en la red de consultas disponibles adscritas al Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a los padres de los alumnos, se realizaron las siguientes actuaciones:

- Remisión de una carta informativa del proyecto en la que se les convocaba a una reunión para ser informados con mayor detalle y debatir, de la mano de profesionales expertos en el tema, la manera de abordar el inicio del consumo de tabaco con sus hijos.
- Elaboración y reparto de una guía didáctica para padres, de utilidad para tratar el tema del tabaco con sus hijos.
- Elaboración de 3 fichas de trabajo complementarias de los talleres educativos en las aulas, para trabajar en casa padres e hijos aspectos relacionados con el consumo de tabaco ([Anexo 2](#))

Las fichas debían repartirse en al aula y elaborarse en casa de una en una, con un intervalo semanal.

Una vez elaboradas las fichas en casa se devolvían al tutor del aula, y en el quinto taller a realizar con los alumnos, el monitor de dichos talleres trabajaba con los alumnos los contenidos, respuestas y experiencias suscitados en casa al elaborar las fichas.

- Oferta a los padres fumadores de atención sanitaria telefónica gratuita para dejar de fumar (“quit line”).

3.5. Tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral se basó en la estimación, al cabo de un año de estudio, de diferencias absolutas del 2% en la incidencia acumulada de consumo de tabaco entre el grupo de intervención y el control. En cuanto a la magnitud de dicho consumo, se asumieron incidencias acumuladas previstas, del 3-4% en el grupo de intervención y del 5-6% en el control.

Según estas estimaciones y en previsión de un 50% de pérdidas al finalizar el estudio, se estimó necesaria una muestra de 46 centros escolares y alrededor de 3900 alumnos en cada uno de los dos grupos, intervención y control. En cada centro debían tomar parte en el estudio todos los alumnos de 1º de E.S.O.

3.6. Selección muestral

El proceso de selección muestral se basó en un muestreo estratificado, proporcional al número de alumnos matriculados en 1º de ESO. Los criterios de estratificación fueron el ámbito geográfico (subdirecciones territoriales de la Consejería de Educación) y titularidad (pública, privada concertada y privada no concertada).

De acuerdo a los criterios de estratificación, se seleccionaron los centros que conforman el grupo de intervención y control, mediante asignación proporcional en cada estrato y selección aleatoria ponderada por tamaño del centro. De esta manera, ambos grupos deberían ser comparables respecto al ámbito geográfico y titularidad. Los centros elegidos en primera instancia que rechazaron participar, fueron sustituidos por otros de la lista de reserva, pertenecientes al mismo estrato.

3.7. Criterios de inclusión y exclusión

El único criterio de inclusión fue estar matriculados en 1º de E.S.O. en un centro escolar de la Comunidad de Madrid

Quedaron excluidos del estudio aquellos alumnos en los que por dificultades o barreras de lenguaje o de otro tipo, no fue factible la intervención.

Dado que la participación fue voluntaria, quedaron excluidos aquellos alumnos que no desearon participar en el estudio.

3.8. Variables de estudio. Cuestionario

La recogida de datos fue realizada a través de un cuestionario autoadministrado en las aulas.

El cuestionario empleado, adaptado del utilizado en el proyecto ESFA (1), incluía variables de efecto, variables hipotéticamente predictoras del inicio del consumo de tabaco y otras de control interno.

- Variables de efecto:
 - Frecuencia de consumo de tabaco (nunca han fumado, consumo experimental, ocasional, semanal, diario, ex-fumador)
 - Edad de inicio en el consumo
 - Cigarrillos fumados a la semana y durante toda la vida
 - Intención de dejar de fumar

- Predictores del inicio de consumo

El cuestionario está estructurado en tres grandes apartados, uno sobre actitudes y creencias, otro sobre influencias sociales y otro sobre autoeficacia. Las actitudes se exploran mediante ítems que valoran si fumar es agradable y deseable. Las creencias a favor de fumar se exploran mediante ítems acerca de si fumar ayuda a relajarse, estar más delgado, etc. Las influencias sociales se estudian a través de tres subgrupos: las normas sociales (entendidas como la percepción que tienen los alumnos sobre lo que los otros esperan que ellos hagan y lo que los otros realmente hacen), la percepción subjetiva de la conducta de los demás y la presión social percibida. Por último la autoeficacia o capacidad percibida para resistir las presiones para fumar se determina mediante ítems cuyas categorías de respuesta van desde “seguro que soy capaz” hasta “seguro que no soy capaz de rechazarlo”.

Las variables predictoras son:

- Actitud frente al consumo de tabaco (7 preguntas).
- Influencia subjetiva (4 preguntas)
- Influencia objetiva (6 preguntas)
- Percepción subjetiva de consumo a la misma edad (1 pregunta)
- Presión externa (3 preguntas)
- Autoeficacia (6 preguntas)
- Intención futura de fumar (2 preguntas)
- Otras diversas (6 preguntas: nivel académico, consumo de alcohol, uso del tiempo libre, realización de ejercicio, disponibilidad semanal de dinero, autopercepción de peso).
- Variables personales y socioeconómicas (13 preguntas)

Además de estas variables se recogieron en el cuestionario el número de talleres realizados en el aula el año anterior. En el grupo de intervención se recogió también, después de la primera intervención (T1), el número de fichas de trabajo en casa, realizados el año anterior e identificación de las mismas (primera, segunda y/o tercera).

3.9. Aplicación del cuestionario

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo siempre en el primer trimestre del curso. Un equipo de encuestadores debidamente entrenados llevó a cabo el reparto de los cuestionarios a los alumnos en las clases y supervisaron su correcta cumplimentación por parte de los alumnos. Para optimizar la tasa de respuesta en T1 se diseñó un dispositivo de captura de alumnos ausentes en clase el día de la encuesta y alumnos repetidores que permanecían en el mismo centro escolar.

La primera recogida de información se llevó a cabo en la muestra basal antes de desplegar la primera intervención educativa; y posteriormente, tras cada intervención educativa se realizó la recogida de información correspondiente, habiendo por tanto

una recogida basal y tres recogidas de información a los 12, 24 y 36 meses de seguimiento de la cohorte de alumnos.

3.10. Confidencialidad

Dado que se trata de un estudio de seguimiento, ha sido necesario disponer de la identificación de los participantes. Para garantizar el anonimato en las respuestas del cuestionario, se utilizó un código alfanumérico individual y los cuestionarios se introdujeron en un sobre, cerrado en presencia del alumno. Las bases de datos con la información del estudio y la identificación de los participantes se han mantenido disociadas en todo momento, cumpliendo con las garantías legales de protección de datos personales vigente.

3.11. Bibliografía

1. *De Vries, H et al. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): an example of integral prevention. Health Education Research, 18(5) 611-626*
2. *Fishbein M, Ajzen J. Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Addison-Wesley, Reading, MA, 1975.*
3. *Bandura A. Social learning theory. New York. General Learning Press, 1971.*

4. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO Y FACTORES DETERMINANTES EN ALUMNOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA (1º A 4º DE LA ESO)

A continuación se describen las características del consumo de tabaco y los factores determinantes del mismo en los alumnos que participaron en los cuatro años de seguimiento, fueran o no fumadores en 1º de la ESO, por sexo (n=3363). Las variables sociodemográficas tanto de los alumnos como de sus progenitores se presentan en el [Anexo 5](#) (tablas 1 y 9).

4.1. Metodología

a) Definición de Variables

Variable de efecto: autodeclaración de la situación de cada alumno ante el consumo de tabaco, con las siguientes categorías:

- No he fumado nunca (ni una calada).
- Consumo experimental de tabaco (lo ha probado alguna vez, pero no ha vuelto a fumar).
- Consumo de tabaco actual ocasional (de vez en cuando pero menos de una vez a la semana).
- Consumo de tabaco actual semanal (al menos 1 vez a la semana, pero no todos los días).
- Consumo actual de tabaco diario.
- Exfumador (fumaba anteriormente).

Variables relacionadas con el inicio del consumo de tabaco: edad de inicio de consumo del primer cigarrillo, presión social, norma social (consumo de tabaco en el entorno próximo: amigos, familiares), autoeficacia, actitudes, nivel académico, consumo de alcohol y otras drogas, y factores socioeconómicos.

b) Análisis estadístico

Inicialmente se realizó un estudio descriptivo y análisis bivariado, utilizando pruebas de significación estadística para medias y proporciones.

c) Características de la muestra

Al inicio del estudio se disponía de una muestra basal de 7437 alumnos. La tasa de respuesta al final del seguimiento sobre la muestra basal de 1º de la ESO fue de 45,8% para el grupo intervención y de un 46,0% para el grupo control ([Tabla 1 de Anexo 5](#)). Fueron incluidos 3363 que participaron en los cuatro años de seguimiento, 1679 pertenecían al grupo intervención y 1684 al grupo control. Por sexos, la muestra se compuso de 1617 chicos (48,1%) y 1746 chicas (51,9%). La edad promedio de los

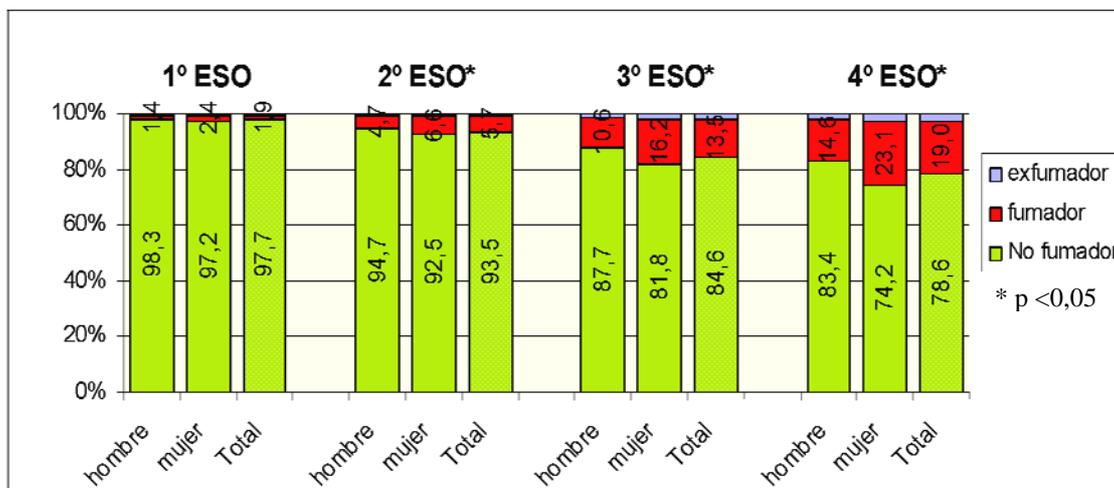
alumnos de 1º de la ESO fue de 12,6 años, la de 2º de 13,6 años, la de 3º de 14,9 años y la de 4º de 15,6 años. Según el país de nacimiento, el 90,1% había nacido en España (Tabla 2 del Anexo 5).

4.2. Consumo de tabaco

En cuanto a la situación sobre el consumo de tabaco en la muestra de estudio, se consideró fumador a todos aquellos alumnos que declararon que fumaban con frecuencia desde “de vez en cuando” hasta “todos los días”. El fumador ocasional engloba a toda aquellas categorías de consumo con frecuencia menor de 1 vez por semana.

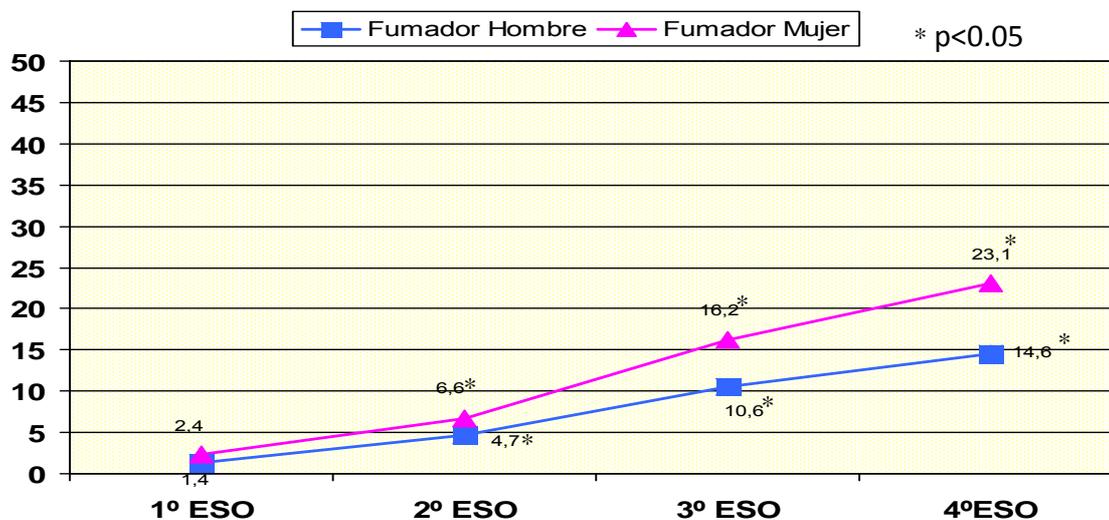
En 1º de la ESO la prevalencia de fumadores fue de 1,9% alcanzando un 19% en 4º de la ESO. Por sexo, se observa que la prevalencia de fumadores en 1º de la ESO es de 1,4% en chicos y de 2,4% en chicas. Esta prevalencia va aumentando a lo largo de los tres siguientes cursos llegando a alcanzar un 14,7% de consumo en chicos y un 23,1% en chicas de 4º de la ESO. Estas diferencias son significativamente superiores en las chicas de 2º, 3º y 4º de la ESO (Figura 1 y 2).

Figura 1. Características de consumo de tabaco (%) según el sexo. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Figura 2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco según el sexo. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

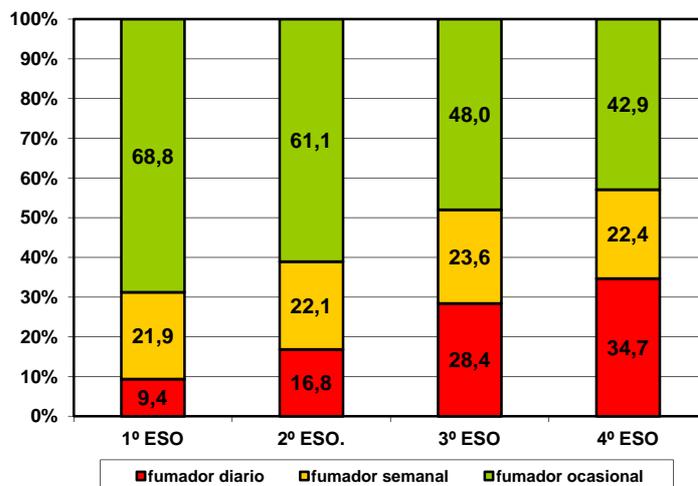


Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En 1º de la ESO, el porcentaje de consumo de tabaco ocasional para ambos sexos era de sólo un 1,31%, mientras que en 4º de la ESO alcanza un 8,16%. Este ascenso en la prevalencia a lo largo de los cuatro cursos ocurre también tanto en consumo semanal como en consumo diario. En 1º de la ESO el porcentaje de fumadores diarios era de sólo un 0,18% para ambos sexos, mientras que en 4º de la ESO llega a ser del 6,6% (Tabla 10 de Anexo 5).

Centrándonos sólo en el grupo de alumnos que se autodeclararon fumadores actuales, del cual excluimos a los exfumadores, vemos la evolución proporcional de los fumadores ocasionales, semanales y diarios, y observamos que en el primer curso el porcentaje de fumadores ocasionales es el más elevado con diferencia (68,8%) seguido de los semanales (21,9%) y diarios (9,4%). Progresivamente, en los tres cursos siguientes, esta proporción se invierte de forma que los fumadores ocasionales disminuyen haciéndose cada vez mayor el porcentaje de fumadores diarios y semanales (Figura 3). No se encontraron diferencias por sexo en la frecuencia de las características del consumo de tabaco.

Figura 3 Tipo de fumador para ambos sexos por curso. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

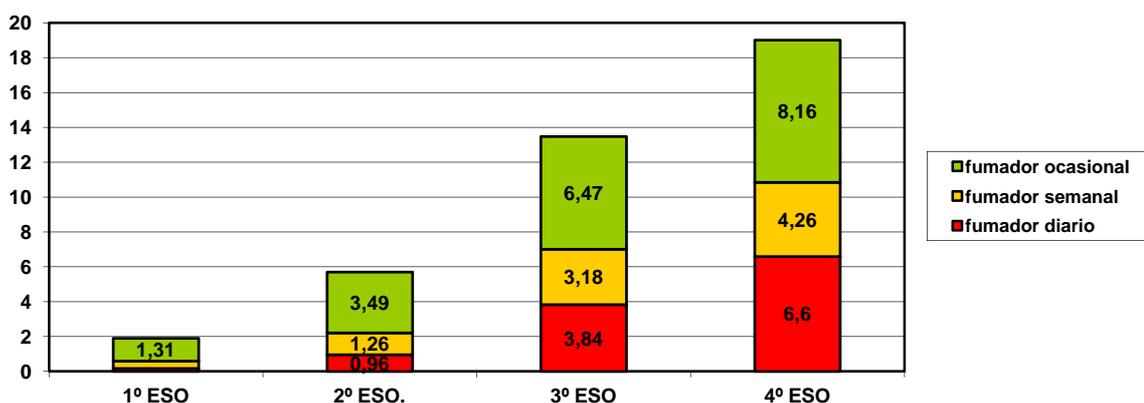


Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Esto significa que no sólo aumenta el número de fumadores según aumenta la edad y el año escolar de los alumnos, sino que además también se consolida el hábito tabáquico pasando a tener una frecuencia de consumo mayor (Figura 4).

Figura 4 Frecuencia de consumo de tabaco (%) según tipología del fumador (fumador ocasional, semanal o diario). Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

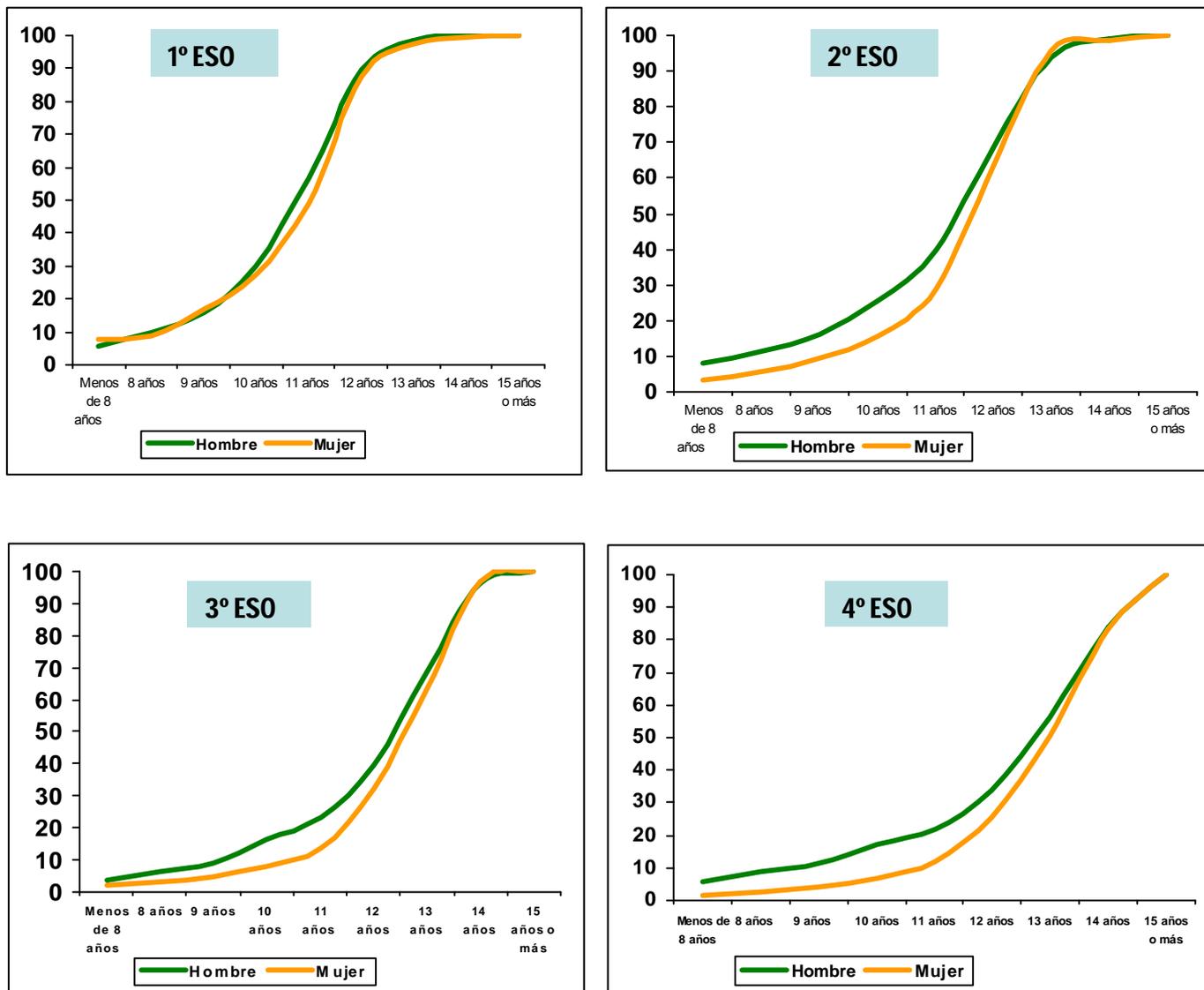
Frecuencia de consumo sobre el total de la población de estudio



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Desde otro punto de vista, la edad a la que los alumnos declararon haber probado su primer cigarrillo es similar para chicos y chicas en primero de la ESO. Sin embargo en los tres cursos siguientes se observa que las chicas declaran haber probado su primer cigarrillo a una edad significativamente más tardía que los chicos. (Figura 5).

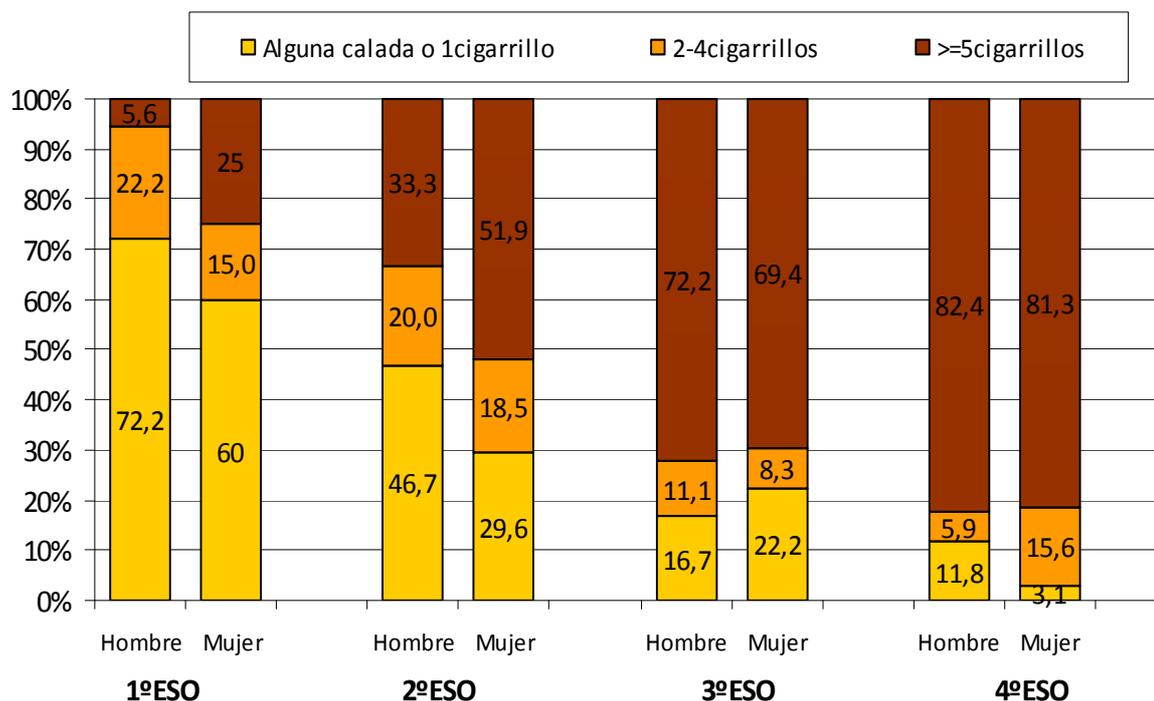
Figura 5. Edad (en años) de inicio de consumo del primer cigarrillo por sexo y año. “¿A qué edad probaste tu primer cigarrillo?”. Frecuencia acumulada. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Además, el consumo medido mediante el porcentaje del número de cigarrillos consumidos a la semana en alumnos fumadores, aumenta según aumenta el año escolar. Así, en primero de la ESO el porcentaje de consumo de cigarrillos más frecuente es el de “1 cigarrillo o sólo algunas caladas a la semana” (63,8%) y el menor el de “>=5 cigarrillos a la semana” (19%). A medida que aumenta el curso escolar este porcentaje se invierte siendo esta última frecuencia de consumo de cigarrillos la más prevalente (55,6%) (Figura 6). No hubo diferencias por sexo en el número de cigarrillos consumidos a la semana.

Figura 6. Consumo (número de cigarrillos) a la semana en alumnos fumadores por sexo y por año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

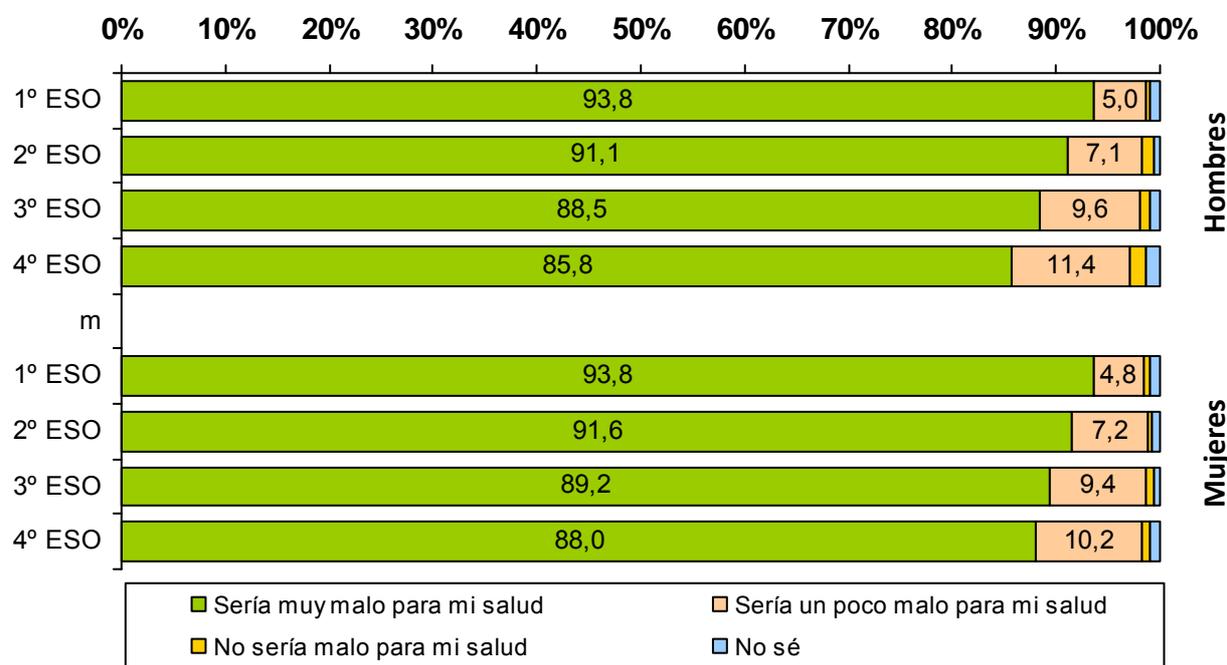
4.3. Actitudes, creencias y factores de influencia social en relación con el tabaco

El cuestionario utilizado para este estudio está basado en el “Modelo ASE (Attitude-Social influence-Efficacy Model) que consta de 3 componentes: Actitud, Influencia social y Autoeficacia (argumentos y habilidades de rechazo). A continuación se detallan los resultados obtenidos en cada una de las tres áreas presentando los resultados para el conjunto de la muestra por año escolar y por sexo.

4.3.1. Actitud y creencias

Tanto en el grupo de alumnos como en el de alumnas, la gran mayoría manifiestan que “fumar es muy malo para su salud”, si bien no es menos cierto que a lo largo de los cuatro años de estudio una parte de ellos va suavizando su opinión sobre el grado de perjuicio que el tabaco produce sobre su salud, pasando a manifestar que “el fumar es un poco malo para su salud” (Figura 7).

Figura 7. Distribución de las opiniones sobre el efecto del tabaco sobre la salud según el sexo y el curso escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

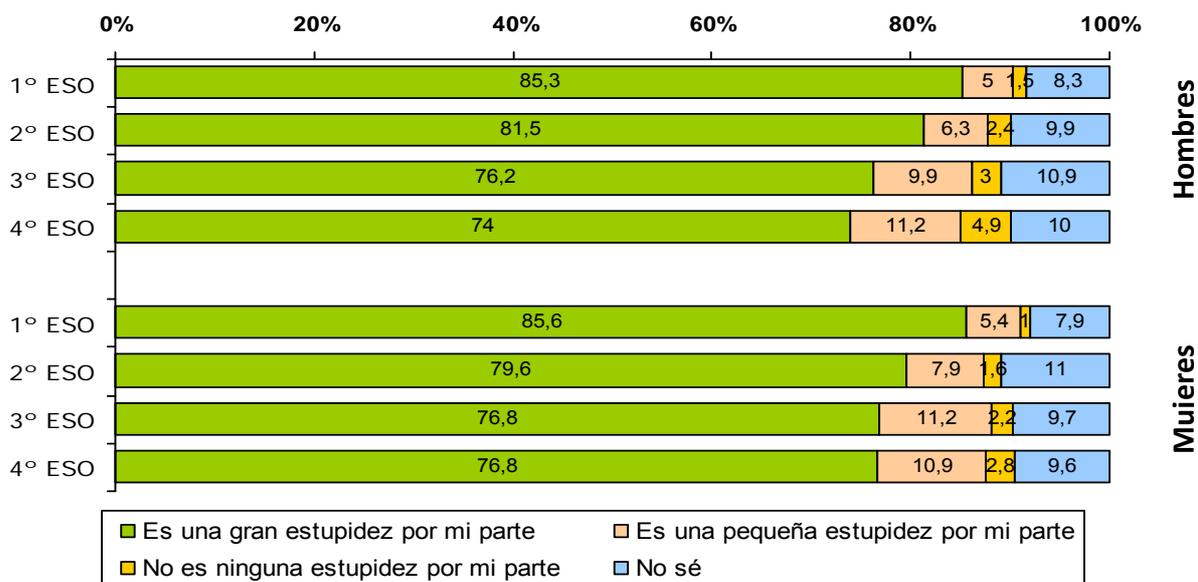


Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En la esfera de la creencia acerca de la seguridad que el fumar puede darle a los alumnos ante sus compañeros se observa, para ambos sexos, que en 1º de la ESO una gran parte de los alumnos (56,4% de los alumnos y 56,5% de las alumnas) no tienen una opinión al respecto de esa cuestión. Sin embargo a medida que pasan los cursos esta proporción disminuye, los alumnos van posicionándose pasando a pensar, en la mayoría de los casos, que no se sentirían ni más ni menos seguros ante sus compañeros. En 2º, 3º y 4º de la ESO se observa significativamente una mayor cantidad de alumnas posicionadas en esta última categoría y una menor cantidad de ellas indecisas (Tabla 12 de Anexo 5).

En los primeros años los alumnos opinan que “fumar es una gran estupidez”, sin embargo a medida que pasan los cursos, al igual que ocurría con la repercusión de fumar sobre la salud, una parte de ellos, tanto en el grupo de chicos como en el de chicas, pasan a opinar que es “una pequeña estupidez” o que “no es ninguna estupidez” (Tabla 12 de Anexo 5) (Figura 8).

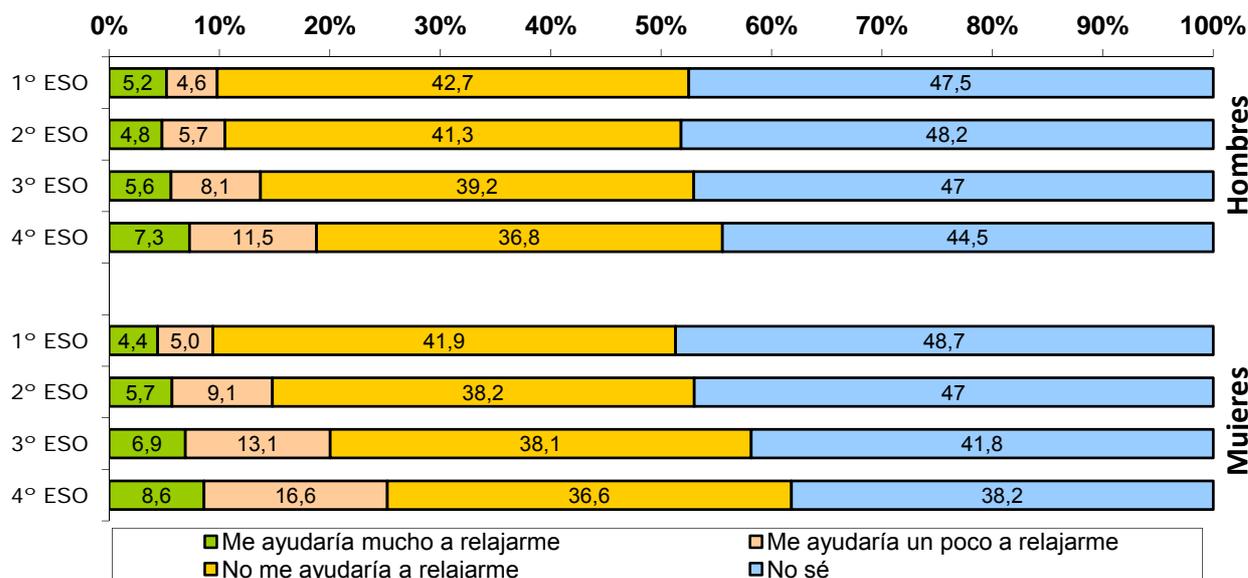
Figura 8. Distribución de las opiniones de los alumnos en cuanto a si fumar es una gran estupidez según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a la creencia de que el tabaco les puede ayudar a relajarse, a medida que pasan los cursos disminuye el porcentaje de alumnos que o bien “no sabe o no tiene criterio frente a esa cuestión” o bien creen simplemente que “no les ayudaría a relajarse”, y van aumentando los que piensan que “les ayudaría un poco o mucho a relajarse” (Tabla 12 de Anexo 5). En este caso en el grupo de chicas de 2º, 3º y 4º de la ESO este patrón es significativamente más acentuado, de modo que hay menor porcentaje de indecisas y mayor de chicas posicionadas en las categorías de “me ayudaría un poco o mucho a relajarme” respecto a los chicos (Figura 9).

Figura 9. Distribución de las opiniones de los alumnos en cuanto a si fumar le ayudaría mucho a relajarse según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

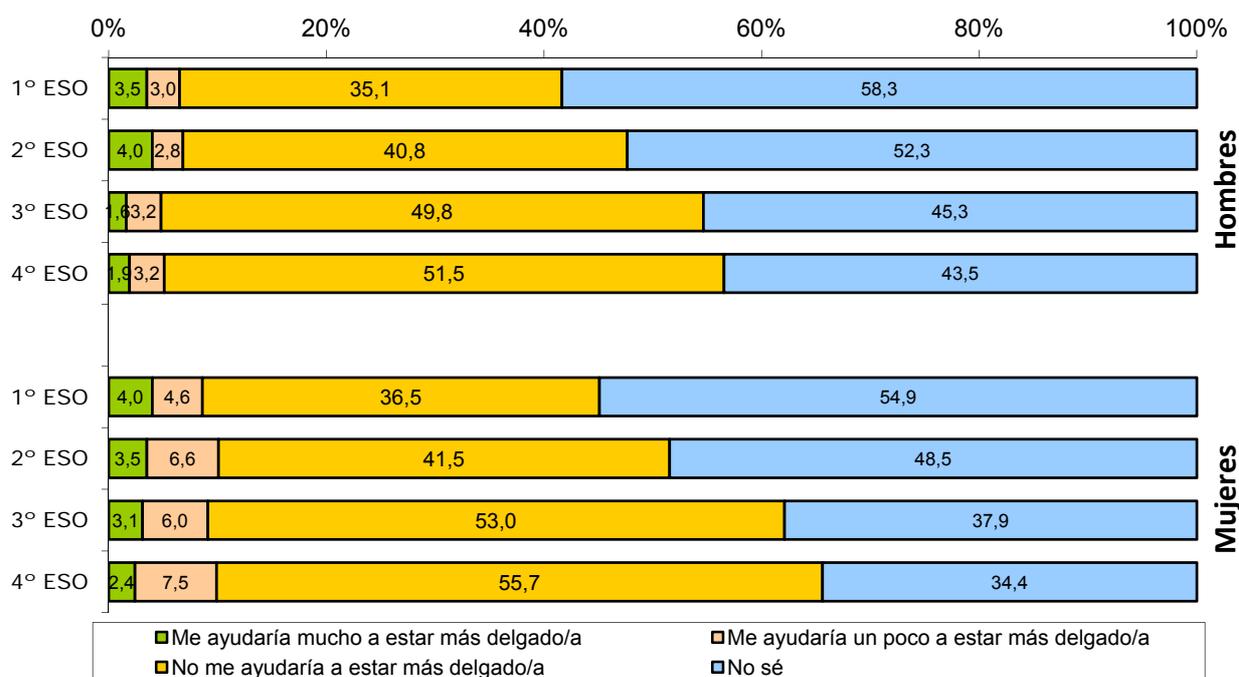


Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Para la cuestión del éxito que el fumar produce ante el resto de sus compañeros, un gran porcentaje de los alumnos de ambos sexos en 1º de la ESO (44,2% de los chicos y 42,2% de las chicas) (Tabla 12 de Anexo 5) no tienen opinión frente a esas cuestiones. Según aumenta el curso, aumenta el grupo de alumnos que se posiciona frente a esa cuestión pensando que no tendrían más éxito entre sus amigos. También en esta ocasión en el grupo de las chicas hay significativamente un menor porcentaje de indecisas en 2º, 3º y 4º de la ESO y un mayor porcentaje que opinan que fumar no las haría tener más éxito respecto a los chicos.

Si analizamos ahora la creencia de que fumar ayuda a estar más delgado, se observan diferencias entre chicos y chicas. En primer lugar el porcentaje de indecisos, es siempre mayor entre los alumnos varones. Las alumnas tienen significativamente más claro desde primero de la ESO su opinión respecto a esta cuestión objetivándose mayor porcentaje de chicas posicionadas en las categorías más proclives al consumo de tabaco (fumar les ayudaría *un poco o mucho a estar más delgadas*) a los largo de los cuatro cursos (Figura 10).

Figura 10. Distribución de las opiniones de los alumnos en cuanto a si fumar le ayudaría a estar más delgado según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Finalmente, en cuanto a la facilidad o dificultad que ven los chicos y las chicas de la ESO en el abandono del hábito tabaquero se observa que al principio, en 1º de la ESO, uno de cada 5 alumnos no tiene opinión ante esta cuestión y casi la mitad piensa que es muy difícil dejar de fumar. A medida que pasan los cursos, los indecisos bajan, más marcadamente en el grupo de chicas, y también disminuye la categoría de muy difícil pasando a aumentar el resto de categorías más relajadas en cuanto a la dificultad de dejar de fumar (*bastante difícil y ni fácil ni difícil*) más notablemente (Tabla 12 de Anexo 5).

4.3.2. Influencia social

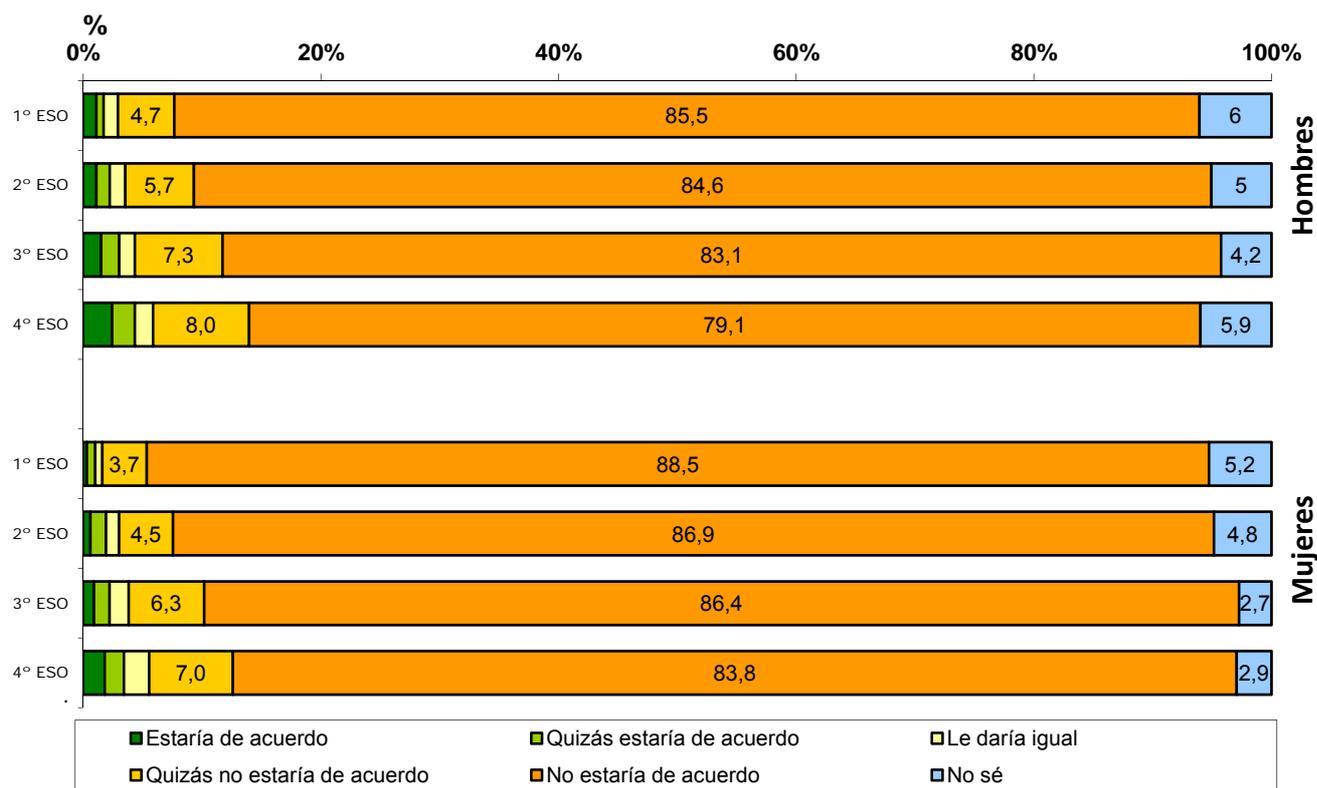
a) Norma subjetiva

Explora, en opinión del alumno, el grado de acuerdo que obtendría con su madre, padre o amigos si empezara a fumar.

Los padres ejercen una gran influencia sobre sus hijos, así pues, la gran mayoría de los alumnos, sean chicos o chicas, creen que tanto su madre como su padre no estarían de acuerdo con que ellos empezaran a fumar.

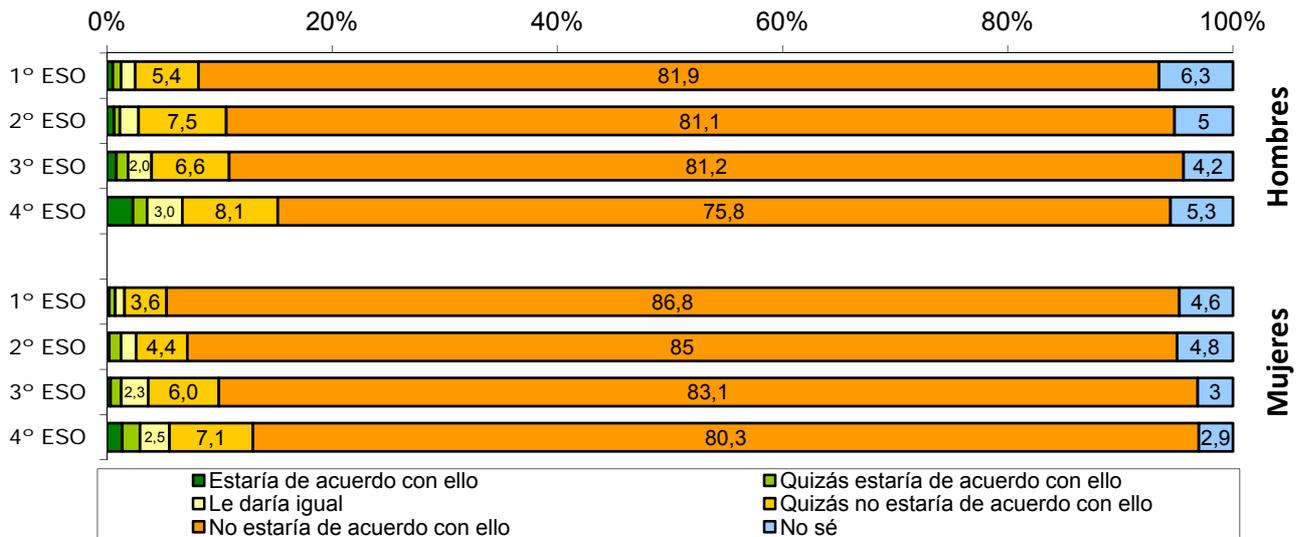
A lo largo de los cuatro años esta creencia se va relajando en cierta medida, siendo el porcentaje de alumnos, que piensan que su madre/padre no estaría de acuerdo con que empezaran a fumar, cada vez más pequeño según se va pasando de 1º a 4º de la ESO. El resto de categorías más permisivas, van aumentando sutilmente sus porcentajes (*Figura 11* y *12* y *tabla 13* de *Anexo 5*).

Figura 11. Distribución de las opiniones de los alumnos en cuanto a si su madre estaría de acuerdo con que empezara a fumar según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

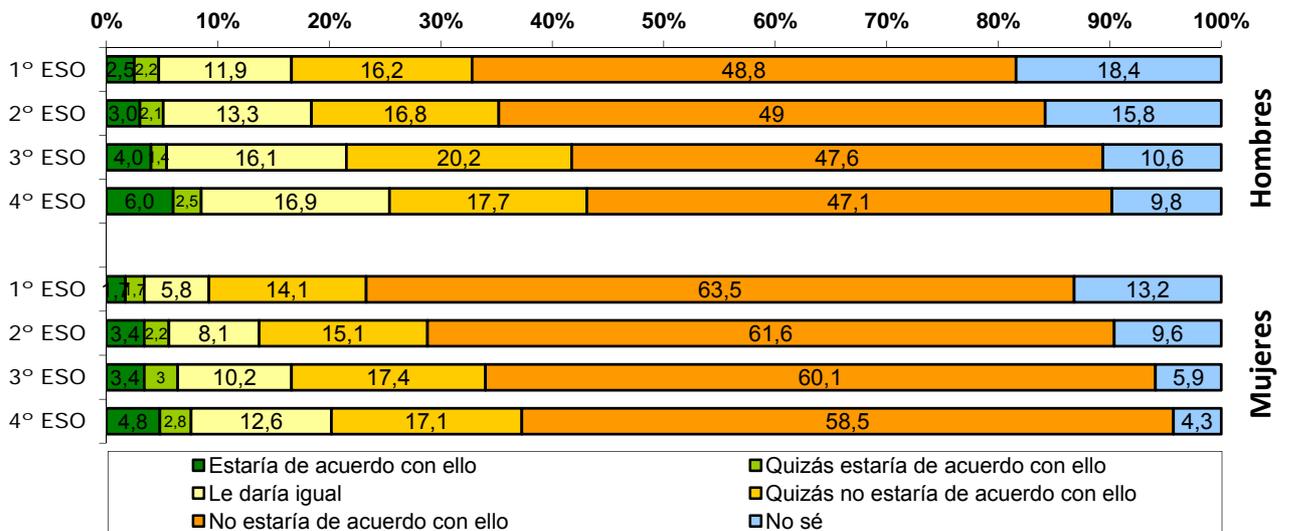
Figura 12. Distribución de las opiniones de los alumnos en cuanto a si su padre estaría de acuerdo con que empezara a fumar según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a los iguales (los amigos), y concretamente el mejor amigo, de forma global y en los cuatro cursos, alrededor de la mitad de los alumnos encuestados opina que su mejor amigo no estaría de acuerdo con que empezara a fumar. Si bien no es menos cierto que según van pasando los cursos, las categorías más permisivas van aumentando paulatinamente sus porcentajes además de disminuir la de indecisas (Tabla 13 de Anexo 5). Sin embargo si se analiza más detenidamente observamos que las chicas son significativamente menos indecisas que los chicos y que el porcentaje de ellas que opinan que su mejor amiga no estaría de acuerdo con que empezara a fumar es bastante más elevado respecto al de los chicos a lo largo de los cuatro años (Figura 13).

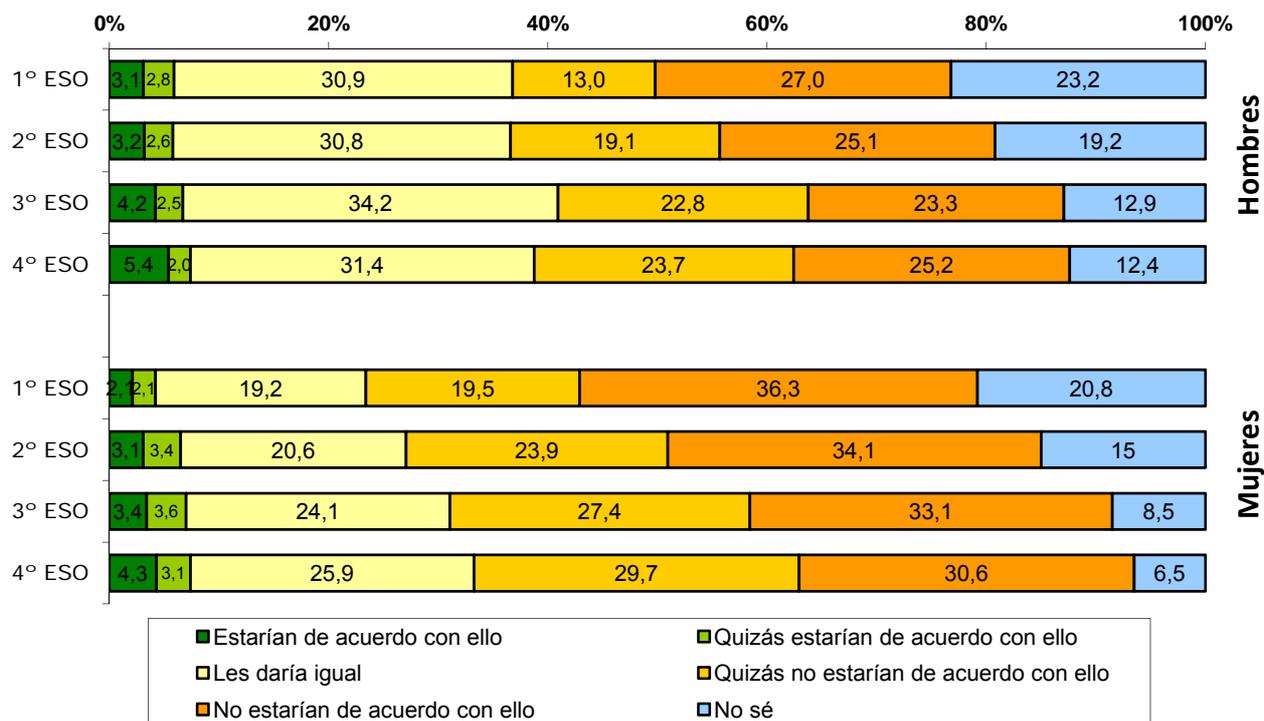
Figura 13. Distribución de las opiniones de los alumnos en cuanto a si su mejor amigo/a estaría de acuerdo con que empezara a fumar según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Cuando el círculo se amplía a los amigos en general, las diferencias de opiniones entre chicos y chicas se acentúan. Mientras que las chicas opinan que la mayoría de sus amigos/as o “no estarían de acuerdo” o “quizás no estarían de acuerdo” con que empezaran a fumar, los chicos sobre todo opinan que a sus amigos/as “les daría igual” que empezara a fumar (Figura 14, Tabla 13 de Anexo 5).

Figura 14. Distribución de las opiniones de los alumnos en cuanto a si la mayoría de sus amigos/as estaría de acuerdo con que empezara a fumar según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

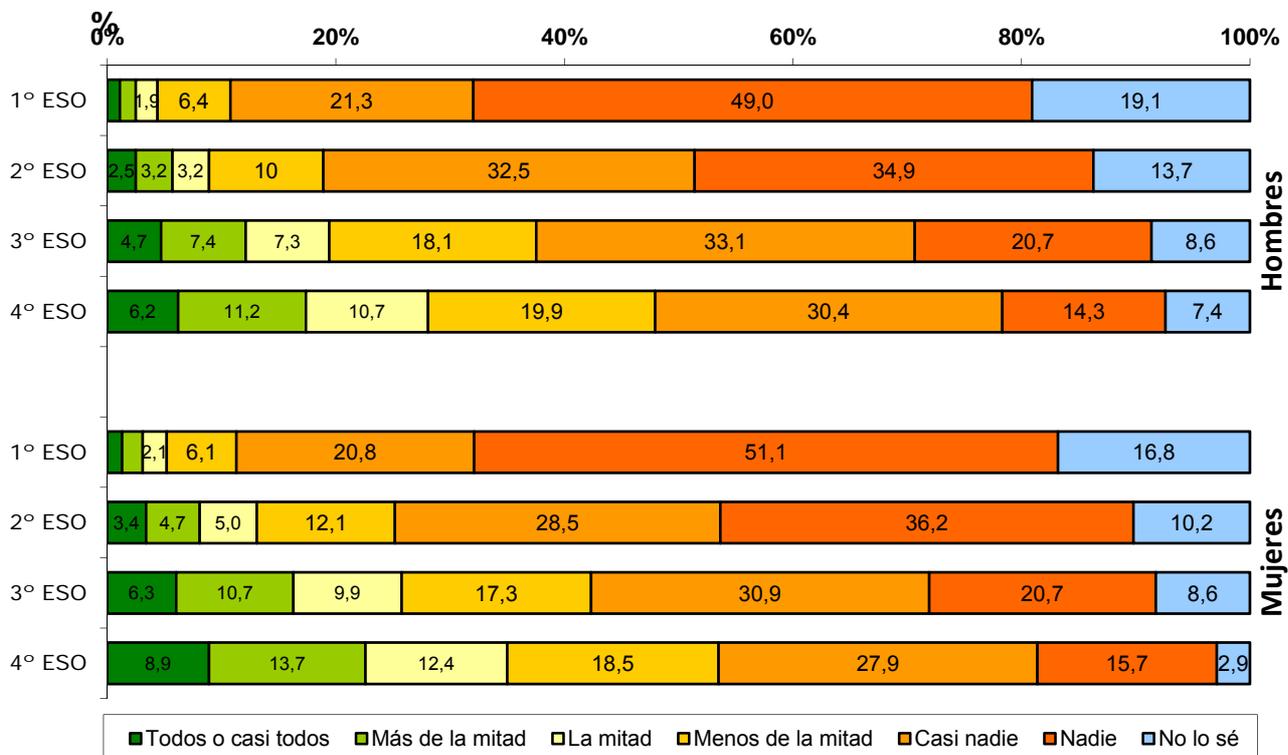
b) Norma social

Estudia según la autodeclaración del alumno, el consumo de tabaco en el entorno próximo del mismo (padres, hermanos, amigos y profesores). El porcentaje de alumnos que refieren tener una madre fumadora se sitúa entre un 31 y un 32,4%, no habiendo diferencias significativas según el sexo del alumno, y manteniéndose estable a lo largo de los cuatro años de seguimiento (Tabla 14 de Anexo 5). En el mismo sentido para los padres, entre un 32,3% de las chicas y un 35,1% de los alumnos varones refieren que sus padres son fumadores. En el caso de los hermanos se observa que el porcentaje de hermanos que fuman habitualmente va aumentando paulatinamente a lo largo de los cuatro años de estudio, no habiendo tampoco en este caso diferencias según el sexo.

Alrededor de la mitad de los alumnos tanto en los chicos como en las chicas piensan que la mitad de sus amigos no fuma para el primer año de encuesta. Este porcentaje de alumnos va disminuyendo a lo largo de los años de seguimiento hasta

llegar a un 14,3% en chicos y un 15,7% en chicas que piensan que *la mitad de sus amigos no fuman*. Por otro lado, en cuarto de la ESO, alrededor de un 30% de los chicos y chicas opinan “*la mitad o más*” de sus amigos fuman. (Figura 15).

Figura 15. Distribución de las opiniones de los alumnos en cuanto a cuántos de sus amigos fuman según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



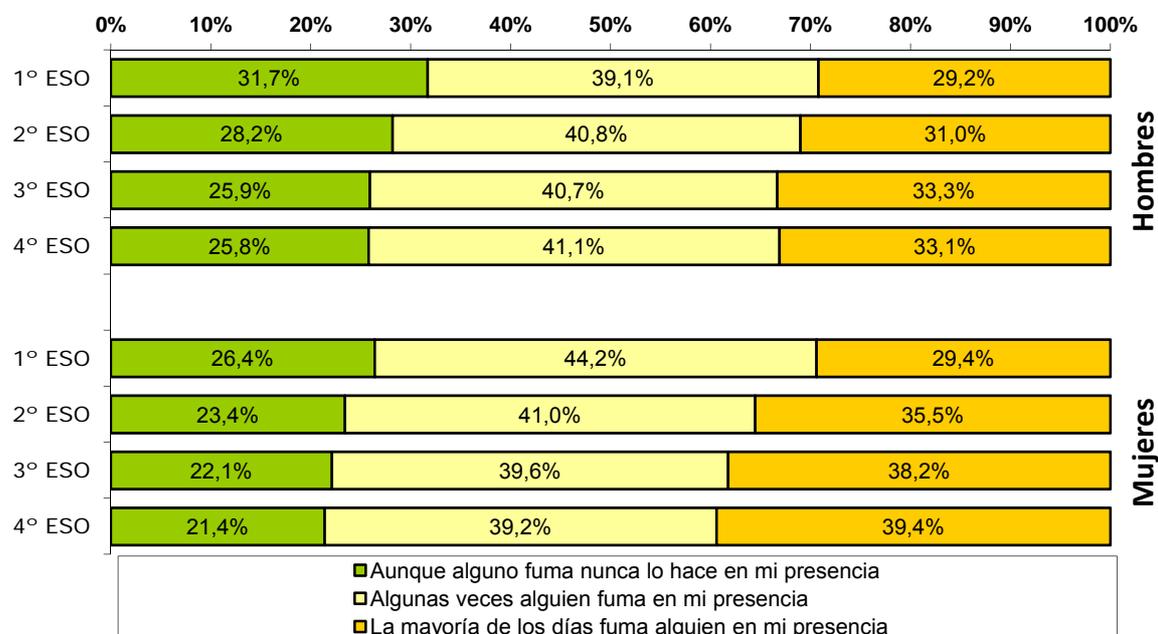
Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Si dentro de los iguales se les pregunta por si fuma o no, en concreto su mejor amigo/a, en 1º de la ESO la gran mayoría de los alumnos (90%) señala que su mejor amigo “no fuma”. Como ocurre en las áreas exploradas hasta ahora, a medida que avanza el curso escolar de 1º a 4º de la ESO este porcentaje va disminuyendo creciendo así el porcentaje de alumnos que refieren que su mejor amigo/a sí fuma. Aquí desde 2º a 4º de la ESO hay diferencias entre chicos y chicas. El patrón de evolución es el mismo para ambos, pero el porcentaje de chicas que refieren que su mejor amiga fuma es significativamente mayor que el porcentaje de chicos que piensan que su mejor amigo fuma. Esto es congruente con los resultados de prevalencia de consumo en los chicos y chicas estudiados, donde la prevalencia de fumadores entre las alumnas es superior a la de los alumnos.

Ahora se explora el ejemplo que da la familia a los alumnos en el ámbito del domicilio familiar. Un 43,8% de los chicos y un 42,8% de las chicas de 1º de la ESO declaran no convivir con ningún familiar (padre, madre o hermanos) fumador (Tabla 14 de Anexo 5). Del resto, un 32% de los alumnos y un 26% de las alumnas declaran que aunque “conviven con algún miembro fumador, éste nunca fuma en su presencia”. Según aumenta el curso escolar, para ambos sexos, este porcentaje va disminuyendo

al mismo tiempo que aumentan las categorías en la que se “fuma en casa en presencia del alumno/a”, siendo aún mayor este porcentaje en el grupo de las chicas frente al de los chicos (Figura 16).

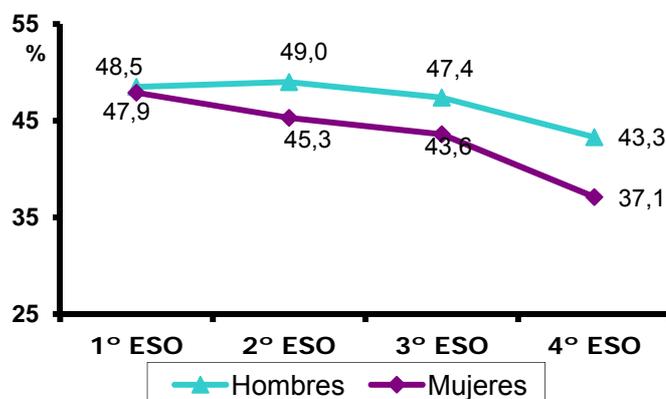
Figura 16. Distribución de las respuestas en cuanto a la existencia de miembros de la familia fumadores en el domicilio en presencia del alumno según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Otro factor reseñable dentro de la influencia que puede tener el ver a otros fumar, es que casi un 50% de los alumnos en 1º de la ESO declaró que había visto fumar a alguien en los últimos 30 días dentro del recinto escolar. Cabe reseñar que tanto los chicos como las chicas, aunque más marcado en este último grupo de forma significativa, este porcentaje va disminuyendo a medida que aumenta el año escolar (Figura 17).

Figura 17. Porcentaje de alumnos que han visto fumar en el recinto escolar en los últimos 30 días según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

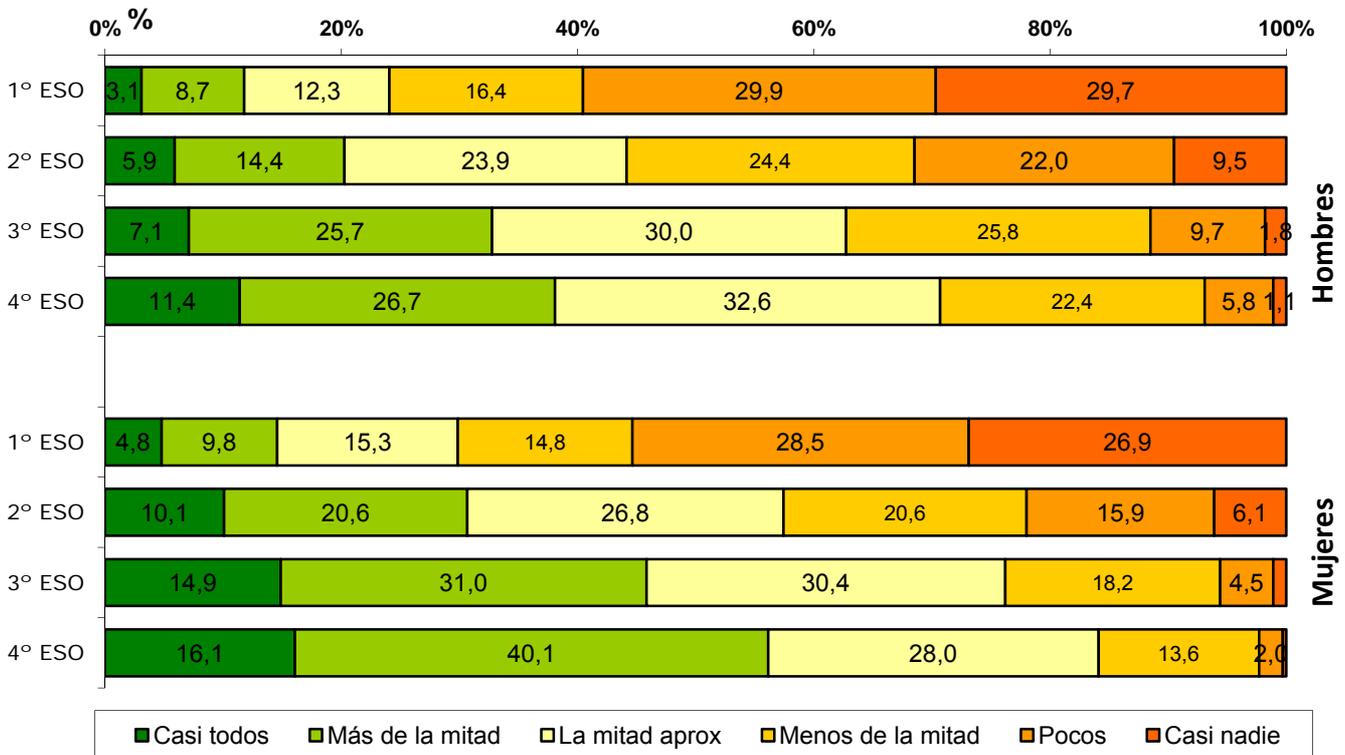


Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

c) Percepción subjetiva

Otro aspecto que se recoge en el cuestionario de este estudio es la percepción que cada alumno tiene sobre el consumo de tabaco del resto de los chicos y chicas de su edad. En este ítem es muy característico cómo en 1º de la ESO más de la mitad de los alumnos sea del grupo de chicas o de chicos, opinan que “casi nadie” o “nadie” fuma. Sin embargo, en los siguientes años los alumnos van cambiando su percepción de la condición de fumar de sus iguales. Tanto en uno como en otro grupo se produce un aumento de la percepción de la cantidad de iguales que fuman, sin embargo esta percepción es significativamente más marcada en el grupo de las alumnas. En 4º de la ESO un 56,2% de ellas creen que “más de la mitad” o “casi todos” los chicos y chicas de su edad fuman. En los chicos este porcentaje sólo alcanza el 37,1%. (Tabla 15 de Anexo 5) (Figura 18).

Figura 18. Distribución de las respuestas en cuanto a la percepción de la cantidad de chicos y chicas de la misma edad de los alumnos fuman según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

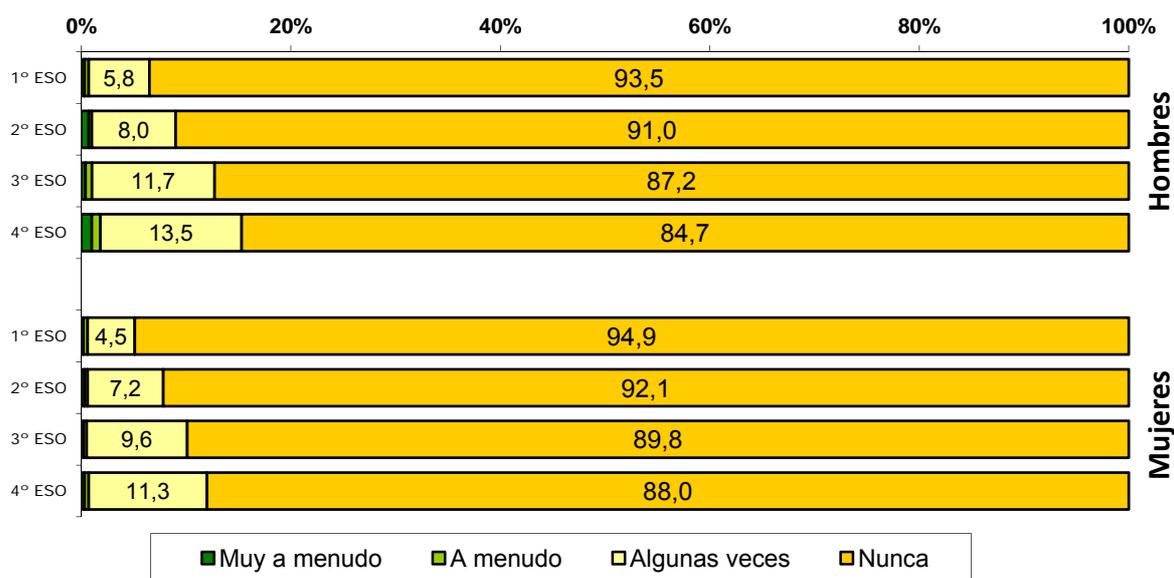
d) Presión social

Un factor que influye en el inicio del consumo de tabaco es la presión social a la que pueda verse sometido un chico o chica para empezar a fumar. En este estudio se exploró este factor mediante la posible presión que los alumnos habían sentido en algún momento para fumar por parte de sus iguales. Refiriéndonos a los hermanos, la práctica totalidad de aquellos alumnos que tenían y vivían con hermanos, no se había sentido presionado por ellos para fumar, siendo esta respuesta constante para los

cuatro años de encuesta y para ambos sexos. Este mismo patrón se repite para el ítem de “presión para fumar por parte de tu mejor amigo” (Tabla 15 de Anexo 5).

Sin embargo cuando se refería a la categoría de “amigos” sin más, esta percepción varía moderadamente. Como ocurría anteriormente, en 1º de la ESO la gran mayoría de los alumnos no había sentido presión por parte de sus amigos para fumar, sin embargo en cursos sucesivos, el porcentaje de alumnos que habían percibido esta presión por parte de sus amigos “*algunas veces*” en ambos sexos, empieza a aumentar hasta llegar a ser de un 11,3% en los chicos y de un 13,5% en las chicas de 4º de la ESO (Figura 19).

Figura 19. Distribución de las respuestas en cuanto a la presión sufrida por tus amigas/os para fumar según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

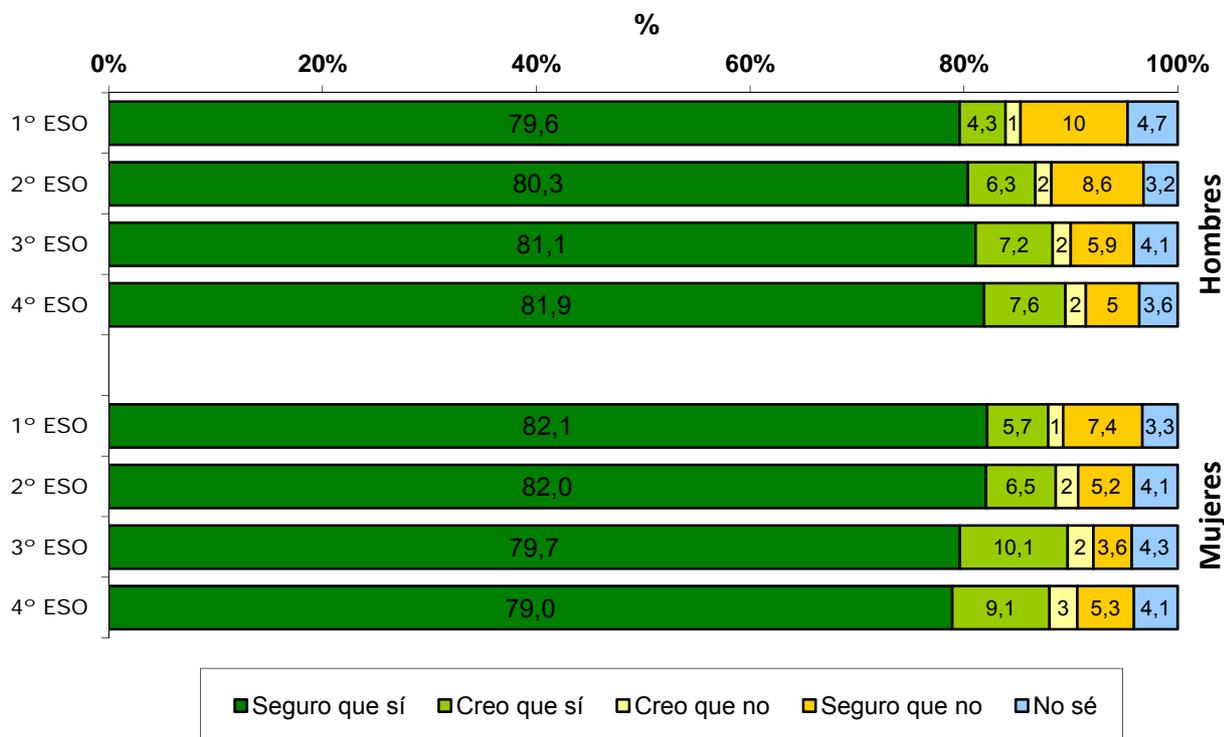
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

4.3.3 Autoeficacia

La autoeficacia se considera como la confianza de poder controlar el consumo de tabaco. La autoeficacia además es definida como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras. Las percepciones de autoeficacia ejercen influencia directa sobre la toma de decisiones. La autoeficacia alta permite que los individuos confíen más en sus propias capacidades, en cambio las personas con baja autoeficacia son susceptibles a dudar sobre sus capacidades (34). En este estudio la autoeficacia se explora mediante 6 ítems referentes a la capacidad para rechazar un cigarrillo si se lo ofrecieran sus iguales o sus progenitores; así como la capacidad de no fumar a pesar de que la mayoría de sus amigos lo hicieran o se metieran con él por no hacerlo.

En general, la gran mayoría de los alumnos participantes en el estudio opina que serían capaces (“seguro que sí” o “creo que sí”) de rechazar un cigarrillo a pesar de que se lo ofreciera su mejor amigo/a sin existir diferencias relevantes por sexos. Esto mismo ocurre si se lo ofreciese su padre, madre, hermano o hermana (Figura 20) (Tabla 16 de Anexo 5).

Figura 20. Distribución de las respuestas en cuanto a la capacidad para rechazar un cigarrillo si se lo ofreciera insistentemente sus hermanos/as según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

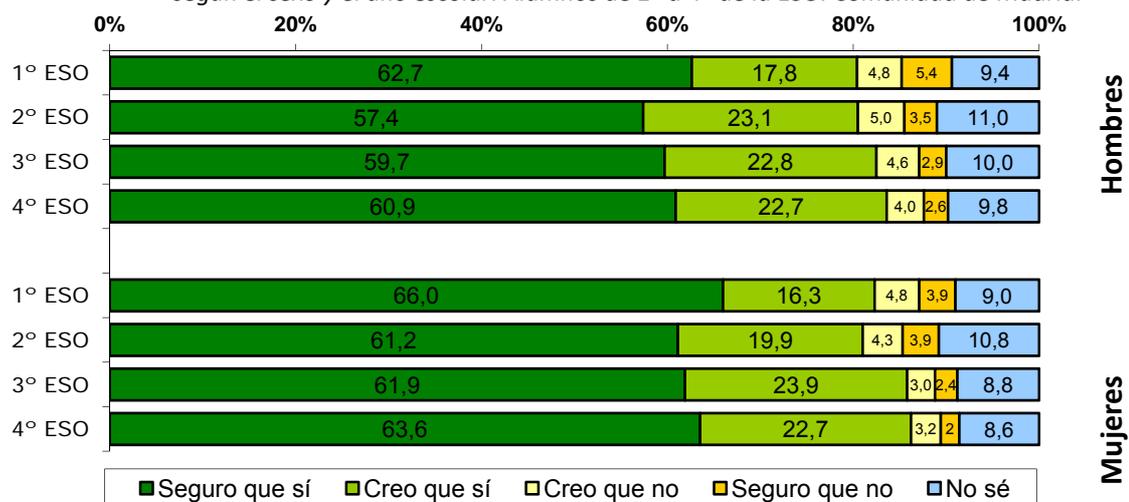


Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

De igual forma, los alumnos declaran mayoritariamente que serían capaces (“seguro que sí” o “creo que sí”) de dar una razón para no aceptar un cigarrillo para fumárselo si sus amigos/as se lo ofrecieran insistentemente y de no fumar aunque la mayoría de sus amigos/as fumaran. Estas dos creencias permanecen estables durante los cuatro años de estudio y similares en ambos sexos (Tabla 16 de Anexo 5). El último aspecto sobre autoeficacia en el cuestionario explora la capacidad de los alumnos para rechazar fumar si sus amigos se metieran con ellos. En este punto, a pesar de que las categorías a favor de la capacidad de rechazo del tabaco son también elevadas, lo son en menor medida que en los ítems abordados anteriormente. Esto conlleva que las categorías que engloban la falta de capacidad para rechazar fumar son más elevadas y además el porcentaje de alumnos indecisos frente a esta cuestión es también mayor (Figura 21).

Figura 21. Capacidad para rechazar un cigarrillo aunque sus amigos/as se metieran con él/ella según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

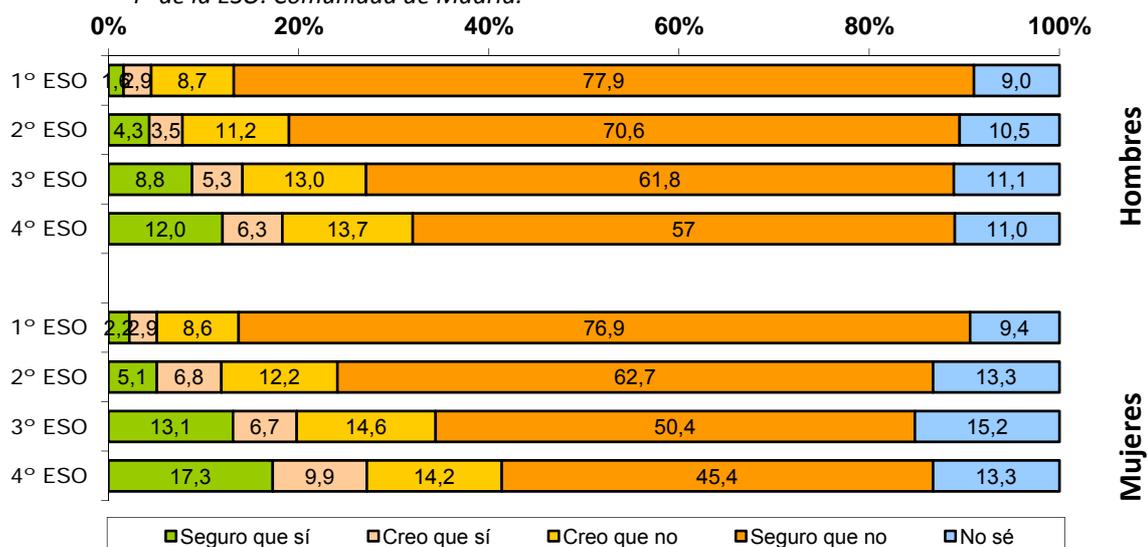


Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

4.3.4. Susceptibilidad al consumo de tabaco

Se detalla ahora la intención de los alumnos de consumir algún cigarrillo a medio y a largo plazo. En primero de la ESO sólo un 1,6% de los chicos y un 2,2% de las chicas piensan con seguridad que en algún momento durante los próximos doce meses “fumarán algún cigarrillo”. Sin embargo, este porcentaje aumenta de forma exponencial en los tres cursos siguientes hasta alcanzar un 12% en chicos y un 17,3% en las chicas. Las categorías donde la creencia es favorable a consumir algún cigarrillo (“Seguro que sí” y “Creo que sí”) en este periodo de tiempo van aumentando según aumenta el curso escolar, y además este aumento es significativamente mayor en las chicas (Figura 22).

Figura 22. Intención de fumar en los próximos 12 meses según el sexo y el año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



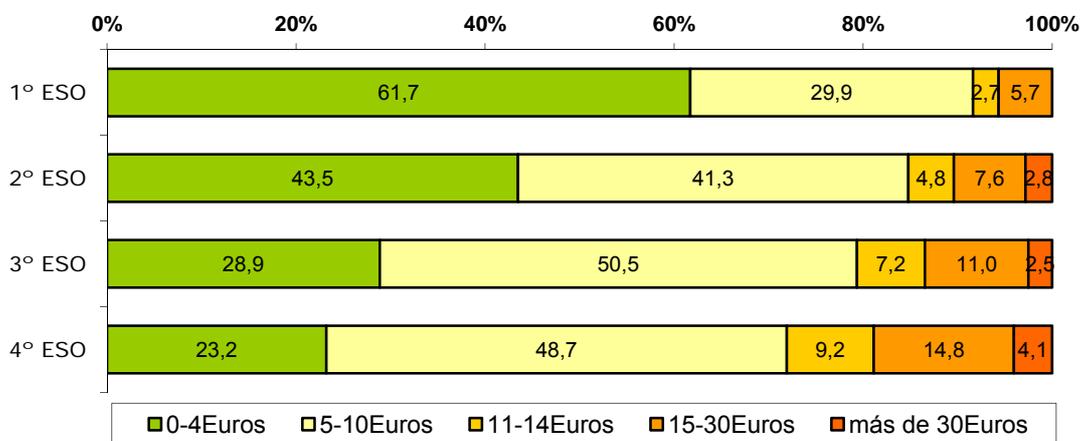
Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Si esta misma pregunta se hace para un periodo mayor, en los próximos cinco años, se percibe mayor porcentaje de alumnos indecisos y también mayor porcentaje de alumnos en general en las categorías de “creo que sí” y “seguro que sí” fumaré algún cigarrillo. Para esta cuestión se aprecia que el porcentaje de chicas que opinan que fumarán en los próximos 5 años es mayor que el de los chicos para todos los años escolares y además hay más indecisas y menor porcentaje de alumnas que tienen la seguridad de que “seguro que no” van a fumar (Tabla 11 de Anexo 5).

4.4. Hábitos y estilos de vida

Se describe ahora los hábitos, las costumbres de ocio y tiempo libre, la auto percepción de los alumnos en cuanto a su imagen corporal y a sus resultados académicos (Tabla 17 de Anexo 5). En primer lugar, según la autodeclaración de los alumnos, en todos los cursos y en general para ambos sexos, la mayoría de ellos se posiciona en los niveles medios según sus resultados académicos; en los últimos cursos el porcentaje de alumnos que declaran pertenecer a grupos más bajos va aumentando. La gran mayoría de los alumnos/as dispone para sus gastos personales de menos de 10 euros a la semana. Según va aumentando el curso escolar aumenta ligeramente el porcentaje de ellos que cuentan con algo más de dinero en su paga semanal (Figura 23)

Figura 23. Paga semanal de los alumnos/as de 1º a 4º de la ESO ambos sexos juntos. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

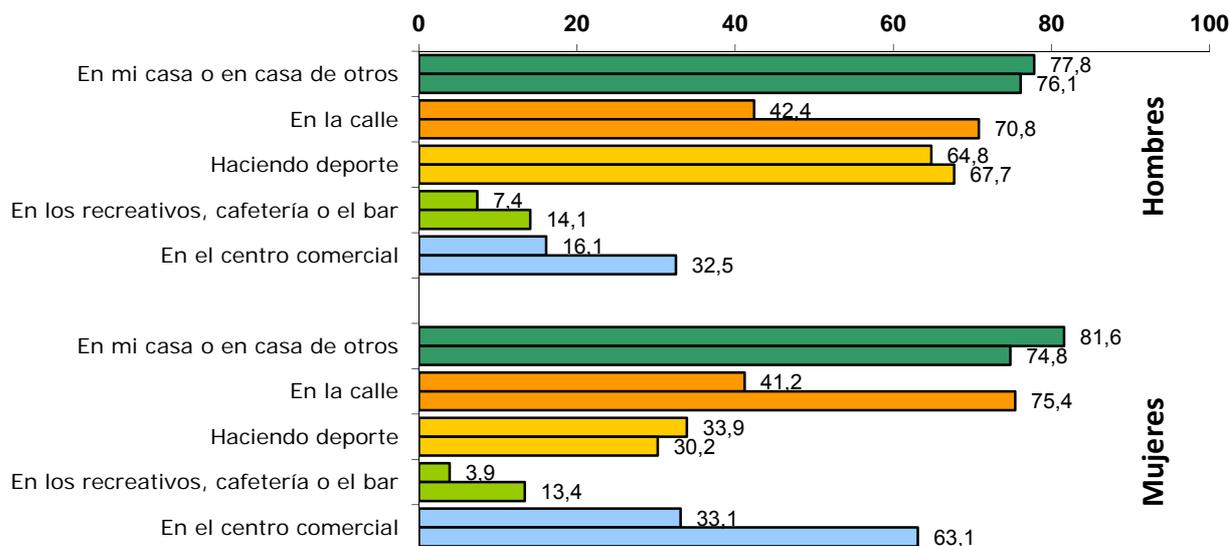


Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Cuando se les preguntaba a los alumnos/as por el lugar o lugares donde pasaban la mayor parte de su tiempo libre, “en casa o en casa de otros” y “practicando deporte” era donde los chicos más frecuentemente estaban. Además los chicos según aumenta el año escolar también aumenta el porcentaje de ellos que declaran pasar parte de su tiempo libre “en la calle”, en “el centro comercial” y en “los recreativos, la cafetería o bar” en menor medida. Las chicas por su parte, pasaban sus ratos de ocio sobre todo “en casa o en casa de otros” principalmente siendo “la calle” y “el centro comercial” otros sitios de ocio que van cobrando importancia a medida que aumenta el año escolar (Figura 24).

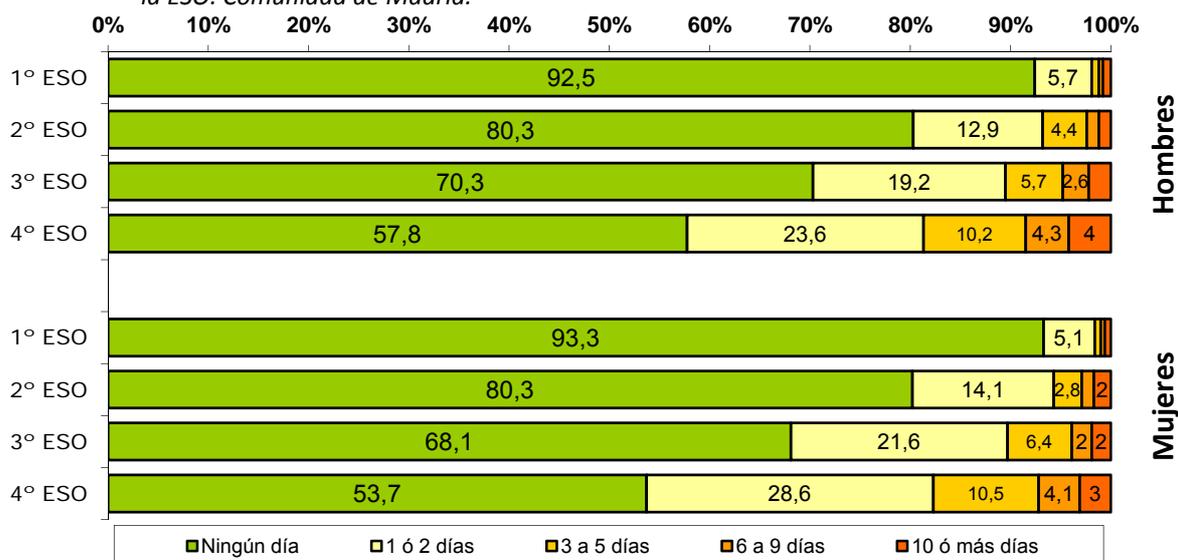
Figura 24. Distribución de los lugares de tiempo libre preferidos por los alumnos/as por sexo en 1º y 4º de la ESO (Categorías no excluyentes). Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

El consumo de alcohol en los cuatro cursos se comporta de manera similar para ambos sexos. En 1º de la ESO la inmensa mayoría de los alumnos y alumnas (un 93% de ellos) declara no haber consumido ninguna bebida alcohólica en el último mes. Sin embargo a medida que aumenta el curso escolar este porcentaje va disminuyendo hasta un 57,8% para los chicos y un 53,7% para las chicas. Así, en 4º de la ESO un 23,6% de ellos y un 28,6% de ellas declaran haber consumido alcohol 1 ó 2 días en el último mes, y, un 4,2% de los alumnos y un 3,1% de las alumnas han consumido alcohol más de 10 días en el mes (Figura 25).

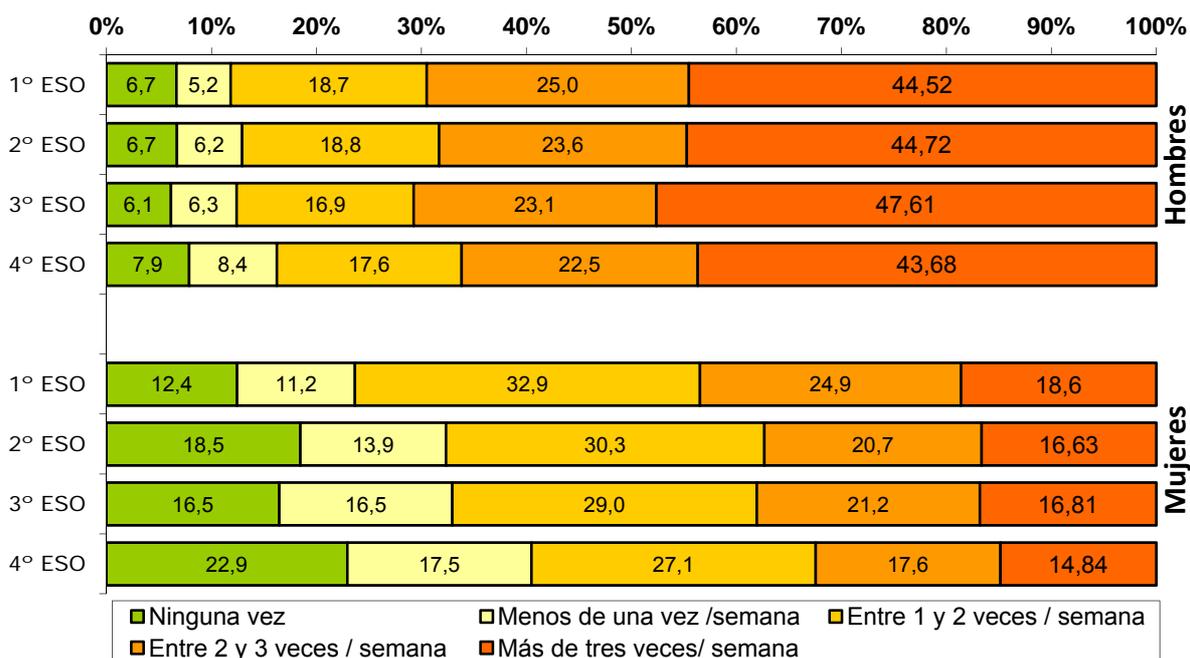
Figura 25. Consumo de alcohol en los últimos treinta días por sexo y año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a la realización de ejercicio físico o alguna actividad deportiva fuera del horario escolar se aprecian diferencias muy marcadas entre chicos y chicas. Mientras que casi la mitad de los chicos declaran realizar ejercicio “más de tres veces a la semana” a lo largo de los cuatro cursos escolares, sólo entre un 15 y un 18% de las chicas declaran realizarlo con esta misma frecuencia. Además se observa que a medida que pasan los cursos las chicas cada vez realizan ejercicio con menor frecuencia (Figura 26).

Figura 26. Frecuencia de realización de ejercicio físico fuera del horario escolar a la semana por sexo y año escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Por último se exploró la percepción de la imagen corporal que los alumnos tienen de sí mismos, encontrándose que dos tercios de los alumnos/as consideran que tienen un peso adecuado. A medida que pasan los cursos un porcentaje mayor de chicas respecto a los chicos opinan que tienen exceso de peso e incluso están gordas (Tabla 17 de Anexo 5).

5. EVALUACIÓN A LOS 12 Y 24 MESES: EVALUACIÓN DE PROCESO Y DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN COMPLETA Y DE SUS COMPONENTES

5.1. Metodología

Para estudiar la cuantificación del efecto de la intervención global en el consumo de tabaco se ha tomado como unidad de análisis los alumnos y se ha realizado un análisis de regresión logística. Se han utilizado como variables de efecto (dependiente) las dos siguientes:

- *Cualquier consumo*: con las alternativas ningún consumo nunca frente a cualquier clase de consumo, incluido experimental. Esta variable mide el porcentaje de alumnos y alumnas que pasan con el tiempo de ningún consumo nunca a cualquier clase de consumo en cada uno de los grupos de estudio.
- *Consumo habitual*: con las alternativas no fumadores (consumo nulo, experimental u ocasional y ex-fumadores) frente a fumadores (consumo habitual semanal o diario). Esta variable mide el porcentaje de no fumadores que pasan a fumadores a lo largo del tiempo en cada uno de los grupos de estudio.

El análisis se ha realizado para ambos sexos en conjunto y para cada uno de ellos por separado, así como para diferentes subgrupos con distintas intensidades de intervención (número de sesiones recibidas y fichas realizadas).

En el modelo, además de la pertenencia al grupo de intervención o control, se han incluido todas aquellas variables no susceptibles de modificación por la intervención (presión externa, influencia, variables personales, socioeconómicas y otras diversas).

Además del análisis de la intervención global, se ha realizado también un análisis de regresión logística para los dos componentes fundamentales de la intervención global, el número de sesiones en el aula recibidas y el número de fichas realizadas. En el caso de las sesiones se analizaron conjuntamente las sesiones realizadas sobre el grupo de intervención y las recibidas por el grupo control.

La información sobre la variable fichas de trabajo realizadas en casa se obtuvo de dos fuentes distintas. Por una parte, inmediatamente después de la realización de las fichas, se recogieron de forma anónima todas las fichas realizadas y se contabilizaron globalmente (por centros) cada una de las tres. Por otro lado, en T1, entre 6 y 9 meses después de la realización de las fichas, los alumnos respondieron individualmente en los cuestionarios el número y tipo de fichas realizadas. Esta información individualizada fue la utilizada para la evaluación del impacto de las fichas sobre el consumo de tabaco y fue tratada en el análisis como variable dummy.

En el análisis del impacto de la intervención sólo se han incluido los alumnos que permanecieron en el estudio durante los dos primeros años y rellenaron los tres cuestionarios pertinentes, en total 4106 alumnos.

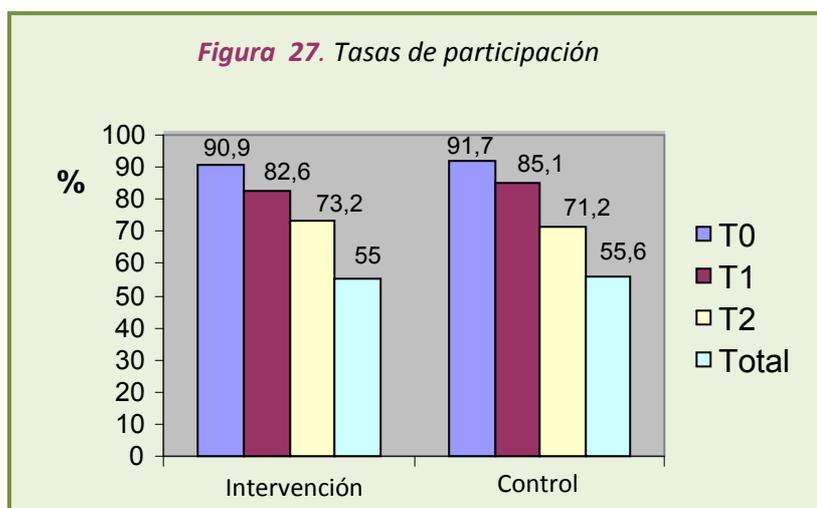
5.2. Evaluación del proceso

El objetivo inicial de centros a captar era 46 experimentales y 46 controles. Se consiguieron captar para el estudio 45 centros experimentales (3665 alumnos) y 47 controles (3772 alumnos).

Rechazaron su participación o fueron excluidos de la misma 31 centros experimentales y 25 controles. En el caso de los controles la mayoría de las sustituciones se realizaron porque los colegios sustituidos tenían previsto ese año participar en alguna actividad de prevención de tabaquismo (fundamentalmente Adolescentes sin Tabaco) o estaban interesados en ello y no en ser controles. En el caso de los experimentales las causas más frecuentemente aducidas fueron: dificultades para incluir en su programación la encuesta y los talleres (especialmente en los colegios que fueron contactados más tarde) o demasiada carga de trabajo; dudas sobre la confidencialidad de la información individualizada que debían facilitar; y compromisos previos de trabajo en las aulas con otros organismos/instituciones.

Para la captación de centros y al comienzo del segundo año se realizaron reuniones con la dirección de los centros del grupo de intervención para explicarles el estudio y los procedimientos a seguir. Las reuniones tuvieron lugar en el 96,6 % de los casos y a ellas asistieron el 54,6% de los tutores de las aulas participantes en el estudio (estaban convocados todos los tutores).

En la figura 1 se observan las tasas de respuesta (alumnos que rellenaron el cuestionario) para la medición basal (T0), a los 12 meses (T1) y a los 24 meses (T2). Las tasas finales de respuesta a los 24 meses fueron 55% para el grupo intervención y 55,6% para el grupo control.



Como puede apreciarse en la Tabla 1, los casos perdidos a lo largo del estudio tenían una tasa mayor de fumadores al comienzo del mismo que los que permanecieron en él. Sin embargo fueron similares las pérdidas sufridas en el grupo de intervención, 1290 alumnos (39,6%), y el grupo control, 1352 alumnos (39,4%). La tabla 1 muestra que la distribución de efectivos entre las categorías de consumo de tabaco en los grupos intervención y control iniciales no fue modificada por la pérdida de efectivos (“attrition”), al afectar ésta de modo similar a ambos grupos. La comparabilidad de éstos no quedó por tanto afectada.

Tabla 1. Casos estudiados y perdidos según grupo de estudio y consumo de tabaco

	Intervención	Control		
Estudiados	Nunca fumaron	1756	1788	86,6%
	Experimentadoras	216	278	12,1%
	Fumadores habituales	18	17	0,9%
	Exfumadores	13	7	0,5%
	Total	2003	2090	100%
Perdidos	Nunca fumaron	847	907	66,4%
	Experimentadores	332	333	25,2%
	Fumadores habituales	85	96	6,9%
	Exfumadores	26	16	1,6%
	Total	1290	1352	100%

$\chi^2=0,014$ $p=0.90$

Se realizaron un total de 1285 intervenciones educativas (talleres), el 99,2 % de las previstas en los dos años. La tabla 2 muestra el número medio de intervenciones recibidas cada año en el grupo de intervención y en el grupo control, de acuerdo con la información facilitada por los propios alumnos en T1 y T2.

Tabla 2. Talleres realizados

	Grupo	Media (desv. estándar)	
Año 1º	Intervención	3.40 (1.62)	(p<0.01)
	Control	1.09 (0.87)	
Año 2º	Intervención	2.78 (1.37)	(p<0.01)
	Control	1.09 (0.95)	
Total	Intervención	6.18 (2.40)	(p<0.01)
	Control	2.18 (1.45)	

En cuanto a la intervención en el colectivo de padres, se realizaron el 80% de las reuniones informativas previstas, a las que asistieron el 11,8% de los hogares incluidos en el estudio y el 23,9% de los tutores de alumnos involucrados.

La guía didáctica dirigida a padres y madres se repartió en el 100% de las aulas del grupo de intervención. Se desconoce qué porcentaje de alumnos no la llevaron a casa (por ausencia en clase cuando se repartió la guía, extravió, olvido...)

Las fichas de trabajo en casa se repartieron el primer año en todos los centros, salvo tres (13 aulas, 312 alumnos). En otros seis centros se repartieron de forma incompleta. En los tres centros en que no se repartieron el primer año, se repartieron al año siguiente.

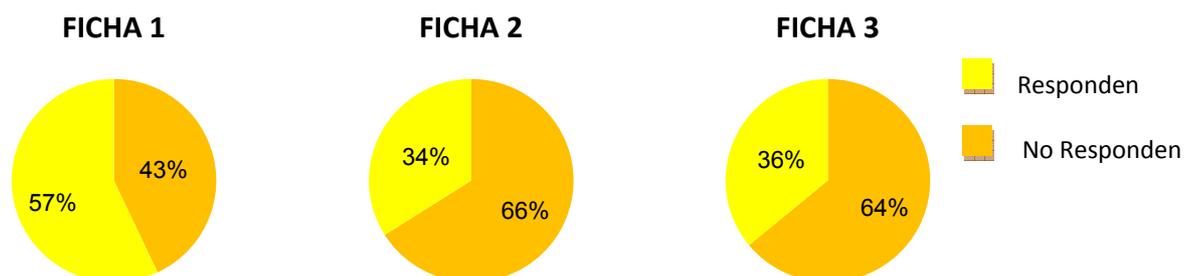
Durante el primer año, en el 53% de las aulas las fichas se entregaron juntas el primer día, en vez de sucesivamente con un intervalo semanal, como estaba previsto. En otros casos las fichas se entregaron todas o parte de ellas más tarde de lo previsto.

Como ya se apuntó en la metodología, la información sobre las fichas realizadas se recogió de dos fuentes distintas: las propias fichas recogidas después de ser trabajadas (información global) y el cuestionario pasado en T1 (información individualizada). Puesto que la información individualizada se recogió 6-9 meses después de realizadas las fichas, el 19,8 % de los alumnos y alumnas no pudieron recordar con exactitud el trabajo realizado. De los que si lo recordaban y recibieron las tres fichas, el 6,8% contestó no haber realizado ninguna ficha, el 16,4% haber realizado una, el 20,8% haber realizado dos y el 56 % haber realizado las tres. La tasa global de respuesta (número total de fichas realizadas sobre las entregadas) fue 73,5%.

La figura 28 muestra por otro lado las tasas de respuesta obtenidas el primer año para cada una de las tres fichas, de acuerdo con la información global obtenida de las propias fichas trabajadas recogidas de forma anónima tras su realización. La tasa de respuesta global es 46,8%.

Puede apreciarse que no concuerdan ambas fuentes de información, siendo notablemente más elevado el porcentaje de respuestas a las fichas en la información suministrada por los alumnos meses después de realizadas aquellas.

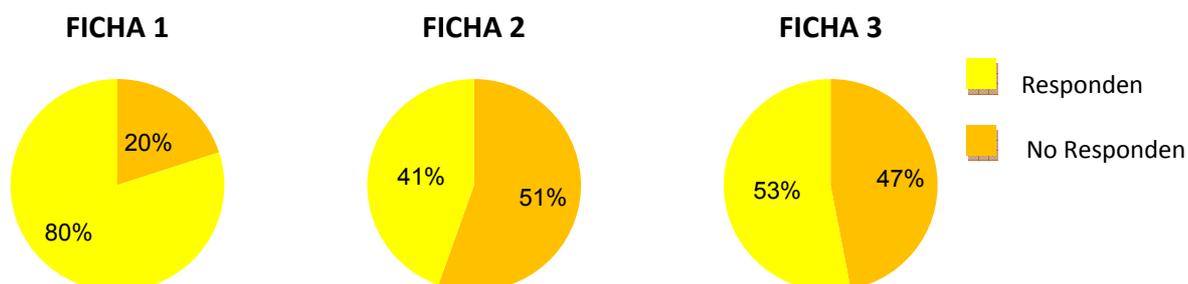
Figura 28.- Tasas de respuesta a las fichas (1º año)



De acuerdo con las fichas trabajadas recogidas, la respuesta global a las mismas fue 1,5 veces mayor en los centros privados que en los públicos. Esta diferente respuesta estuvo no obstante influida por la presencia o ausencia de los tutores en la reunión con la dirección del centro. La tasa de respuesta a las fichas fue el doble en centros privados que en públicos, cuando ningún tutor del centro acudió a la reunión, pero sólo 1,3 veces mayor cuando algún tutor sí acudió. Esta interacción entre ambas variables (titularidad del centro y presencia/ausencia de tutores) fue estadísticamente significativa.

La respuesta a las fichas entregadas el segundo año (3 centros educativos, 312 alumnos) mantiene proporciones semejantes entre las distintas fichas, pero fue mejor en general que en el primer año (Figura 29). También en este caso el porcentaje de respuesta fue menor en el único colegio público de los tres (43%, 19% y 26% para las tres fichas respectivamente).

Figura 29.- Tasas de respuesta a las fichas (2º año)



La quit-line para los padres y madres fumadores estuvo disponible a partir del 1 de enero de 2008. Durante los seis meses siguientes se recibieron 3 llamadas telefónicas, una de ellas solicitando información sobre la quit-line y las otras dos solicitando ayuda para la deshabituación, siendo derivadas ambas a atención presencial en la Unidad Especializada de Tabaquismo, una por preferirlo así y la otra de acuerdo con los criterios de derivación del propio programa de quit-line.

En relación con la intervención en profesores, se realizó un curso de formación el primer año para profesores de un centro concertado (14 profesores formados en total) y un curso de fin de semana en una residencia en Miraflores de la Sierra el segundo año, para profesores de un centro público (20 profesores). La evaluación de los cursos fue realizada por la Consejería de Educación en base a objetivos, contenidos, metodología, recursos, organización, utilidad y ponentes. La puntuación media sobre 10 fue de 7,23 el primer año y 8,12 el segundo año. Los profesores asistentes al curso el segundo año realizaron un proyecto educativo sobre prevención del consumo de tabaco para el curso siguiente (2008-09).

5.3. Resultados de impacto de la intervención en su conjunto

Para analizar la existencia de algún impacto de la intervención en las variables incluidas en el cuestionario, susceptibles de modificación por parte de aquella (variables relacionadas con actitudes, percepción subjetiva, autoeficacia e intención futura), se realizó un análisis bivalente de cada una de dichas variables, comparando el grupo de intervención y el grupo control, en T0 y T2 distintamente, para ambos sexos en conjunto y por separado. Los resultados obtenidos muestran pequeñas diferencias significativas en escasas variables, tanto en T0 como en T2, sin que respondan aparentemente a ningún patrón de impacto en ninguno de los dos sexos ni en conjunto.

La tabla 3 muestra, a través de los Odds Ratio ajustados, conjuntos y desagregados por sexo, el efecto de la intervención en conjunto sobre las dos variables que recogen el consumo de tabaco: *cualquier consumo* (ningún consumo nunca versus cualquier consumo) y *consumo habitual* (no fumadores frente a fumadores). No se ha calculado el OR a los 12 meses para consumo habitual por falta de efectivos suficientes en la muestra, dada la baja prevalencia de dicho consumo a esa edad (13-14 años). No se ha observado ningún OR significativamente diferente de uno, ni para cualquier consumo ni para consumo habitual. A los 24 meses, en ambos sexos agrupados y en hombres, el OR para cualquier consumo se sitúa por debajo de uno (efecto preventivo), cerca de la significación estadística ($p=0,07$ y $p=0,08$ respectivamente). En consumo habitual el OR es inferior a uno (efecto preventivo) en hombres y superior a uno (efecto promotor) en mujeres ($p<0,1$).

Tabla 3. Impacto de la intervención sobre el inicio de consumo de tabaco

		C		I	OR*	p
Ambos sexos	Cualquier consumo	12 meses	16,2	16,4	0,91 (0,72-1,16)	ns
		24 meses	34,7	33,3	0,85 (0,71-1,02)	ns
	Consumo habitual	12 meses	–	–	–	–
		24 meses	7,3	8,0	1,11 (0,80-1,53)	ns
Hombres	Cualquier consumo	12 meses	14,2	15,6	1,10 (0,78-1,53)	ns
		24 meses	30,8	26,9	0,79 (0,60-1,03)	ns
	Consumo habitual	12 meses	–	–	–	–
		24 meses	6,2	5,6	0,74 (0,44-1,27)	ns
Mujeres	Cualquier consumo	12 meses	18,3	17,2	0,81 (0,60-1,11)	ns
		24 meses	38,8	39,0	0,90 (0,71-1,14)	ns
	Consumo habitual	12 meses	–	–	–	–
		24 meses	8,3	10,2	1,38 (0,94-2,02)	ns

C: Grupo control; I: Grupo intervención; (*) Grupo intervención / Grupo control. OR ajustado por todas las variables no susceptibles de modificación por la intervención

5.4. Resultado de impacto de los componentes de la intervención

5.4.1. Resultados de impacto de las fichas de trabajo

Dado que la información individualizada sobre las fichas de trabajo realizadas se recogió 6-9 meses después de su realización, en el 19,8% de los casos la respuesta fue dudosa y se registró como valor desconocido. Si a ello añadimos los alumnos de los tres colegios a los que no se les entregó las fichas el primer año (188 alumnos), el porcentaje de casos con valor desconocido para la variable fichas, y que por tanto no se han incluido en el análisis de dicha variable, es de 27,3%

La tabla 4 muestra, a través de los Odds Ratio ajustados, conjuntos y desagregados por sexo, el efecto parcial de la intervención debido a la realización de las fichas de trabajo en casa (tratada como variable “dummy”), sobre la variable consumo de tabaco, expresada en sus dos modalidades, como en la tabla anterior. Tampoco en este caso, por los mismos motivos vistos, se ha calculado el OR a los 12 meses para consumo habitual.

Puede apreciarse en general una asociación estadísticamente significativa entre la realización de fichas de trabajo en casa y la no iniciación al consumo de tabaco (cualquier consumo) a los 12 y 24 meses. Salvo en el caso de tres fichas a los 12 meses, el impacto ha sido mayor en hombres en todos los casos. En un caso (mujeres a los 12 meses, tres fichas) el OR alcanza el valor de 0,12, y en otros casos se obtienen valores de 0,2 y 0,27. En este análisis se ha detectado una interacción negativa (significativa a los 12 meses) entre la variable que recoge las fichas de trabajo y la variable que recoge los talleres realizados en el aula. En aquellos casos en que la interacción ha sido significativa, los valores de los OR reflejan por tanto el efecto aislado de las fichas en ausencia de talleres (talleres = 0). En el resto de los casos la interacción (ausente del modelo de regresión final) se aprecia en la disminución del efecto al aumentar el número de fichas.

No se aprecia ningún efecto significativo sobre el consumo habitual, si bien en hombres se observa una tendencia hacia el efecto preventivo.

Tabla 4. Impacto de las fichas de trabajo sobre el inicio de consumo de tabaco

			OR1 ¹	p ¹	OR2 ²	p ²	OR3 ³	p ³	p ⁴	(*)
Ambos sexos	Cualquier consumo	12 meses	0.62 (0.19-2.10)	ns	0.27 (0.06-1.26)	ns	0.20 (0.09-0.45)	<0.01	<0.01	sí
		24 meses	0.77 (0.49-1.21)	ns	0.56 (0.36-0.87)	0,01	0.64 (0.46-0.91)	<0.05	<0.05	no
	Consumo habitual	12 meses	–	–	–	–	–	–	–	–
		24 meses	0.94 (0.40-2.20)	ns	0.97 (0.41-2.26)	ns	1.03 (0.56-1.88)	ns	ns	no
Hombres	Cualquier consumo	12 meses	0.68 (0.29-1.61)	ns	0.51 (0.21-1.28)	ns	0.73 (0.40-1.33)	ns	ns	no
		24 meses	0.39 (0.19-0.82)	<0,05	0.44 (0.22-0.89)	<0,05	0.57 (0.35-0.93)	<0.05	<0.05	no
	Consumo habitual	12 meses	–	–	–	–	–	–	–	–
		24 meses	0.59 (0.15-2.39)	ns	0.28 (0.03-2.40)	ns	0.93 (0.37-2.36)	ns	ns	no
Mujeres	Cualquier consumo	12 meses	0.92 (0.18-4.68)	ns	0.56 (0.08-4.07)	ns	0.12 (0.04-0.38)	<0.01	<0.01	sí
		24 meses	1.10 (0.60-2.00)	ns	0.58 (0.33-1.02)	ns	0.64 (0.40-1.01)	ns	ns	no
	Consumo habitual	12 meses	–	–	–	–	–	–	–	–
		24 meses	0.99 (0.36-2.67)	ns	1.26 (0.51-3.07)	ns	0.96 (0.47-1.95)	ns	ns	no

(1) Una ficha frente a ninguna; (2) Dos fichas frente a ninguna; (3) Tres fichas frente a ninguna; (4) Impacto conjunto de las tres fichas (*) Interacción significativa fichas x talleres

5.4.2. Resultados de impacto de los talleres

La tabla 5 muestra, a través de los Odds Ratio ajustados, conjuntos y desagregados por sexo, el efecto parcial de la realización de talleres educativos en el aula, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control, analizados como variable continua, sobre la variable consumo de tabaco.

Todos los OR calculados se sitúan muy cerca de la unidad, indicando una ausencia de efecto de los talleres en el aula sobre el inicio de consumo de tabaco. En este análisis no ha resultado significativa en ningún caso la interacción fichas-talleres.

Tabla-5. Impacto de los talleres sobre el inicio de consumo de tabaco.

			OR*	p
Ambos sexos	Cualquier consumo	12 meses	1.07 (0.97-1.17)	ns
		24 meses	1.03 (0.98-1.08)	ns
	Consumo habitual	12 meses	–	–
		24 meses	1.01 (0.95-1.08)	ns
Hombres	Cualquier consumo	12 meses	1.01 (0,91-1.11)	ns
		24 meses	1.01 (0.94-1.08)	ns
	Consumo habitual	12 meses	–	–
		24 meses	1.00 (0.90-1.11)	ns
Mujeres	Cualquier consumo	12 meses	1.06 (0.93-1.20)	ns
		24 meses	1.04 (0.98-1.11)	ns
	Consumo habitual	12 meses	–	–
		24 meses	1.04 (0.97-1.11)	ns

(*) OR ajustado por todas las variables no susceptibles de modificación por la intervención

5.4.3. Resultados de impacto según la exhaustividad de la intervención

Se ha realizado a continuación el análisis del impacto de la intervención global en diferentes subgrupos de la muestra, según diferentes grados de exhaustividad de la intervención y de acuerdo con las posibilidades de fragmentación de aquella sin pérdida excesiva de potencia estadística.

Las Tablas 6 y 7 muestran el impacto de la intervención general sobre el inicio del consumo de tabaco (cualquier consumo) a los 24 meses, a diferentes intensidades de intervención y desagregado por sexo. Puede observarse en primer lugar que existen subgrupos de intervención (los alumnos que realizaron las tres fichas, independientemente del sexo y número de talleres recibidos, los que realizaron dos fichas en su conjunto, y en hombres los que realizaron una ficha) en los cuales ésta ha tenido un impacto positivo significativo (OR entre 0,43 y 0,74). Todos los OR para los subgrupos de dos fichas que no han sido significativos han rozado la significación; no han alcanzado ésta quizás debido al menor tamaño de tales subgrupos (entre 100 y

180 efectivos en el grupo de intervención frente a 250-500 en los subgrupos de tres fichas)

Observamos también que en general el efecto de la intervención aumenta al aumentar el número de fichas realizadas, en consonancia con los resultados vistos en el análisis del efecto parcial de las fichas; sin embargo, el impacto disminuye al pasar de dos a tres fichas, lo que parece traducir la influencia de la interacción negativa entre fichas y talleres. Del mismo modo, producto aparente de esa interacción negativa, si mantenemos constante el número de fichas realizadas el impacto de la intervención disminuye cuando aumentamos el número de talleres.

Tabla-6. Impacto de la intervención sobre el inicio del consumo a los 24 meses a diferentes intensidades.

Fichas	0-5 Talleres		>5 Talleres		Totales	
	OR*	P	OR*	P	OR*	P
0	1,52 (0,71-3,23)	ns	1,39 (0,68-2,78)	ns	1,37 (0,79-2,33)	ns
1	0,58 (0,30-1,14)	ns	1,09 (0,65-1,82)	ns	0,95 (0,64-1,43)	ns
2	0,52 (0,29-1,03)	ns	0,67 (0,44-1,04)	ns	0,62 (0,43-0,89)	0,01
3	0,59 (0,39-0,89)	<0,05	0,74 (0,56-0,98)	<0,05	0,68 (0,54-0,88)	<0,01

(*) OR ajustado por todas las variables no susceptibles de modificación por la intervención

Tabla-7. Impacto de la intervención sobre el inicio del consumo a los 24 meses por sexo y número de fichas realizadas

Fichas	Hombres		Mujeres		Totales	
	OR*	P	OR*	P	OR*	P
0	1,52 (0,79-2,86)	ns	1,64 (0,69-3,85)	ns	1,37 (0,79-2,33)	ns
1	0,43 (0,22-0,86)	<0,05	1,37 (0,85-2,33)	ns	0,95 (0,64-1,43)	ns
2	0,52 (0,29-1,08)	ns	0,67 (0,43-1,04)	ns	0,62 (0,43-0,89)	0,01
3	0,63 (0,45-0,98)	<0,05	0,70 (0,52-0,65)	<0,05	0,68 (0,54-0,88)	<0,01

(*) OR ajustado por todas las variables no susceptibles de modificación por la intervención

En el grupo que no realizó ninguna ficha el impacto ha sido negativo, aunque no de forma significativa, para ambos sexos e independientemente del número de sesiones realizadas. El impacto a los 24 meses ha sido mayor en hombres, como ya vimos en las anteriores tablas, en todos los subgrupos analizados.

6. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN COMPLETA A LOS 12, 24 Y 36 MESES

6.1. Metodología

a) Definición de Variables

Variable de efecto: autodeclaración de la situación de cada alumno ante el consumo de tabaco, con las siguientes categorías:

- No he fumado nunca (ni una calada).
- Consumo experimental de tabaco (lo ha probado alguna vez, pero no ha vuelto a fumar).
- Consumo de tabaco actual ocasional (de vez en cuando pero menos de una vez a la semana).
- Consumo de tabaco actual semanal (al menos 1 vez a la semana, pero no todos los días).
- Consumo actual de tabaco diario.
- Exfumador (fumaba anteriormente).

Variables relacionadas con el inicio del consumo de tabaco: edad de inicio de consumo del primer cigarrillo, presión social, norma social (consumo de tabaco en el entorno próximo: amigos, familiares), autoeficacia, actitudes, nivel académico, consumo de alcohol y otras drogas, y factores socioeconómicos.

Variables de intervenciones educativas: Para el posterior análisis multivariante, se crearon variables que describen la calidad de la intervención educativa en los escolares tanto en el grupo intervención como en el control. Así pues, para el *grupo intervención*, se definió como haber recibido una intervención educativa completa en el primer año cuando el alumno declaró haber recibido en el colegio 5 o más clases sobre tabaco durante el pasado curso escolar y haber realizado con sus padres las tres fichas que le entregaron en el colegio sobre tabaco. Para el segundo año, se definió como intervención educativa completa cuando el alumno declaró haber recibido 4 o más clases sobre el tabaco. Y para el tercer año, haber recibido 2 o más clases sobre tabaco. Finalmente, se creó una variable final de Intervención completa acumulada desde el primer año hasta el tercer año de intervención educativa.

Por otro lado, para el grupo de alumnos asignados al *grupo control*, se definieron como *controles contaminados* aquellos que declararon haber recibido durante el curso escolar alguna clase sobre tabaco.

b) Análisis estadístico

Inicialmente se realizó un estudio descriptivo y análisis bivariado, utilizando pruebas de significación estadística para medias y proporciones.

Se realizó un análisis multivariante, que se detalla posteriormente, basado en modelos de regresión logística para el análisis de la diferencia de las tasas de incidencia de consumo en los dos grupos para cada año de estudio.

Se realizaron análisis separados para chicos y chicas.

El análisis estadístico se ha realizado en el paquete estadístico Stata versión 10.0 (StataCorp, , Collage station 2007).

Análisis multivariante:

Como estrategia general, se realizó un primer análisis de los datos por intención de tratar. Posteriormente se repitió el análisis para evaluar la eficacia de la intervención educativa seleccionando del grupo de intervención sólo aquellos alumnos que recibieron correctamente la intervención educativa (*intervención educativa completa*) anual y acumulada, y excluyendo del grupo control a aquellos alumnos que recibieron a su vez algún tipo de actividades educativas relacionadas con el tabaco.

El análisis se limitó a aquellos alumnos que en 1º de la ESO, en la fase previa a la intervención educativa, no fumaban ni habían probado el tabaco y además participaron en las actividades educativas en los tres años siguientes que duró el estudio.

Los datos están ajustados por sexo, edad y país de nacimiento. Las estimaciones de efecto (OR) se acompañan de los márgenes de error debido a la variabilidad muestral (IC95%).

Se definieron tres indicadores para evaluar el efecto de la intervención en el inicio del consumo de tabaco:

- Prevalencia de fumadores de cualquier tipo de consumo: fumadores de cualquier tipo de consumo (incluido el consumo experimental, es decir lo han probado pero no han vuelto a fumar) y exfumadores que abandonaron el consumo, posterior al inicio del estudio. El grupo de comparación fueron los *no fumadores estrictos*.
- Prevalencia de fumadores de consumo no experimental: fumadores de consumo no experimental y exfumador abandono del consumo, posterior al inicio del estudio. El grupo de comparación fueron los *no fumadores (incluye experimentadores)*.
- Prevalencia de fumadores de consumo mensual o mayor: fumadores con periodicidad mensual, semanal o diaria (algún cigarrillo al mes), posterior al inicio del estudio. El grupo de comparación fueron los *no fumadores*. Se excluyó para este análisis a los experimentadores, fumadores con menor frecuencia que la mensual y a los exfumadores.

Además, se definieron dos estrategias de análisis:

1- Análisis por intención de tratar en los tres años de seguimiento:

El análisis por intención de tratar consiste en incluir en el análisis de los datos a todos los alumnos en los grupos intervención y control) en los que fueron aleatoriamente asignados, independientemente de la intervención que recibieran.

Según este criterio, se acepta que no todos los alumnos del grupo de intervención siguieron correctamente el protocolo establecido. De la misma manera, se acepta que los alumnos asignados al grupo control recibieron también intervenciones educativas externas al programa de la intervención.

Tiene la ventaja de que estima el beneficio de una intervención más cercana a la práctica diaria y suele ser, en general, la estrategia de análisis recomendada.

2- Evaluación de la eficacia de la intervención educativa

Otra estrategia de análisis consiste en eliminar del grupo control a aquellas personas que han recibido alguna intervención educativa (contaminados). Tiene la ventaja de que respeta las condiciones originales del diseño del estudio pero es menos cercano a la realidad de la práctica diaria.

En este análisis se dividió al grupo de intervención según hubieran recibido *intervenciones educativas incompletas o completas*. Se comparó respecto al grupo control que no recibió *ninguna actividad educativa*.

c) Características de la muestra

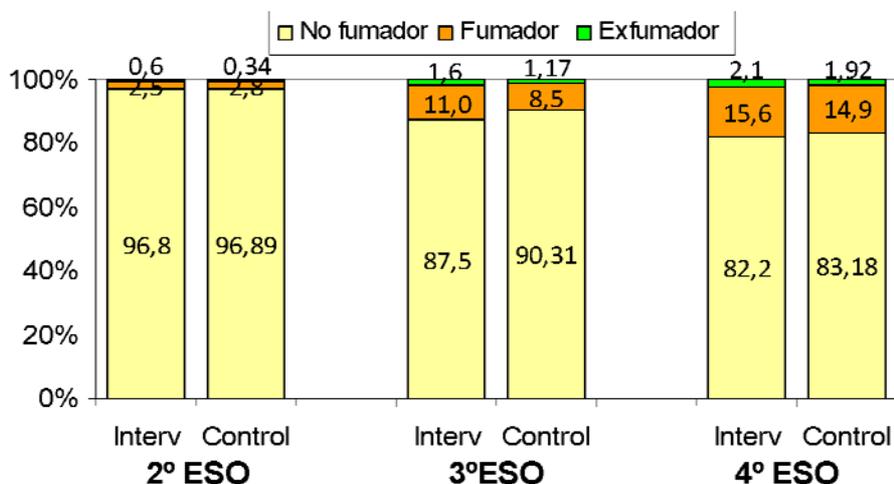
Al inicio del estudio se disponía de una muestra basal de 7437 alumnos. La tasa de respuesta al final del seguimiento sobre la muestra basal de 1º de la ESO fue del 45,8% para el grupo intervención y de un 46,0% para el grupo control (Tabla 1 de Anexo 5). Fueron incluidos 3363 que participaron en los cuatro años de seguimiento, 1679 pertenecían al grupo intervención y 1684 al grupo control. Por sexos, la muestra se compuso de 1617 chicos (48,1%) y 1746 chicas (51,9%). La edad promedio de los alumnos de 1º de la ESO fue de 12,6 años, la de 2º de 13,6 años, la de 3º de 14,9 años y la de 4º de 15,6 años. Según el país de nacimiento, el 90,1% había nacido en España (Tabla 2).

Excluyendo los alumnos que en 1º de la ESO se declararon como fumadores, la muestra final para el análisis del efecto de la intervención se compuso de 2959 alumnos, de los cuales 1491 pertenecían al grupo intervención y 1468 al grupo control. En las tablas 3, 4 y 5 del Anexo 5 se muestran las características sociodemográficas de estos alumnos y sus progenitores según el grupo de intervención o control al que pertenecieron. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a estas características según el grupo de intervención y control.

6.2. Consumo de tabaco tras las intervenciones anuales

A continuación se describe la situación sobre el consumo de tabaco tras las intervenciones educativas anuales, según pertenencia al grupo intervención o al grupo control. Los datos pormenorizados de prevalencia de consumo de tabaco en la población de estudio se detallan en la [Tabla 6 del Anexo 5](#). Considerando fumadores a todos aquellos que declaran fumar, exceptuando a los experimentadores y a los exfumadores, la prevalencia de fumadores actuales en el grupo intervención en alumnos de 2º de la ESO fue de 2,5%, en 3º de un 10,9% y en 4º de un 15,6%. Las cifras para el grupo control son muy similares no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos ([Figura 30](#)).

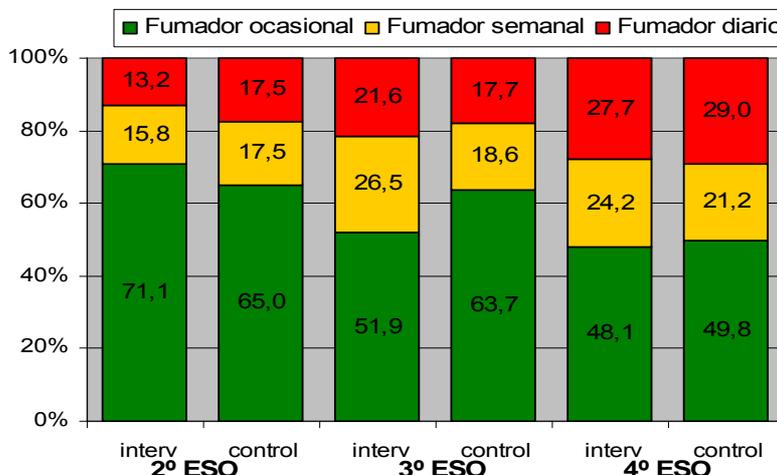
Figura 30. Prevalencia (%) de consumo de tabaco (ocasional, semanal o diario) tras las intervenciones anuales según grupo de intervención. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En el grupo de fumadores ([Figura 31](#)), excluidos los exfumadores, se ve la evolución proporcional de los fumadores ocasionales, semanales y diarios. En segundo de la ESO, tanto en el grupo de intervención como en el control, el grupo de fumadores ocasionales es el más prevalente (71,1 y 65,0% respectivamente). A medida que se pasa de curso, este porcentaje va disminuyendo llegando a situarse en un 48,1% y 49,8% respectivamente en 4º de la ESO, al mismo tiempo que va aumentando sobre todo el grupo de fumadores diarios en ambos grupos.

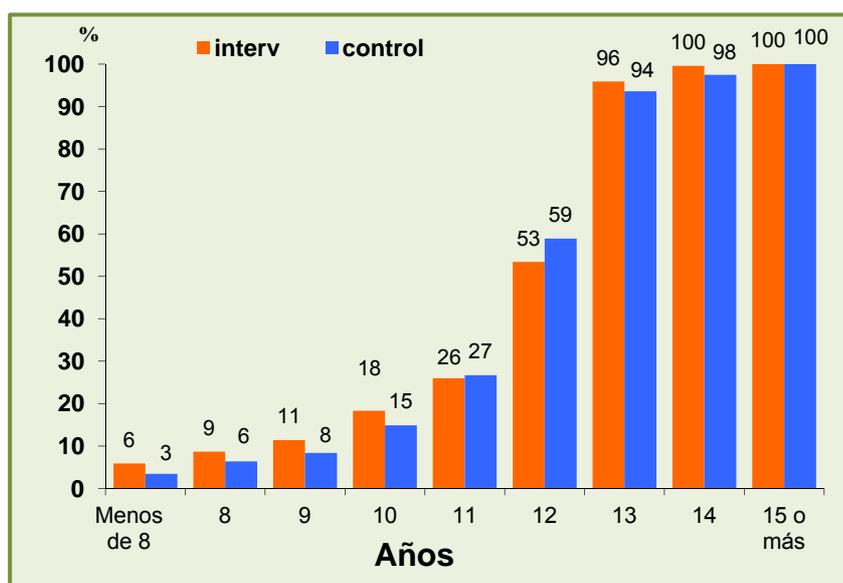
Figura 31. Distribución de tipo de fumador por grupo de intervención y año escolar. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

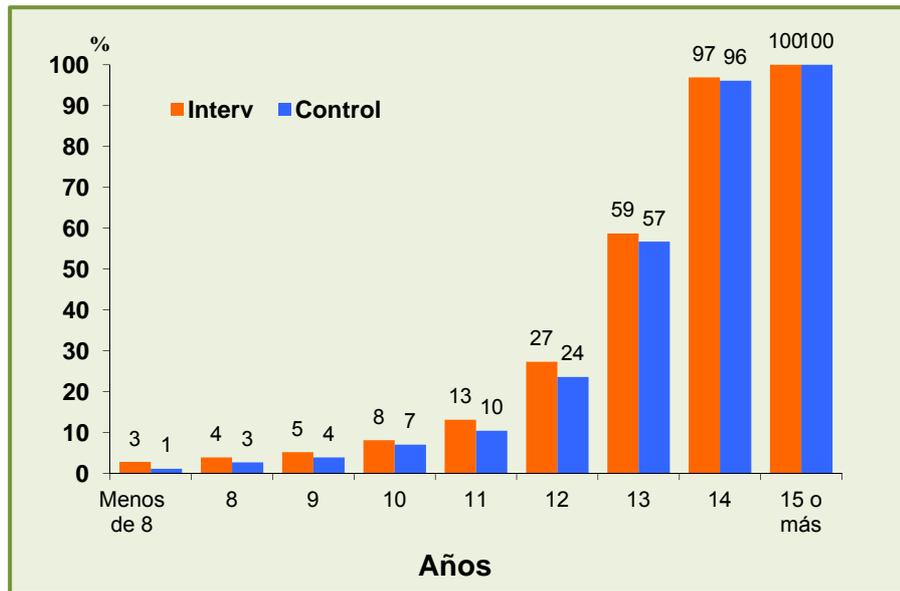
En la edad a la que los alumnos probaron el primer cigarrillo según su autodeclaración, se observa que el 53,4% de los alumnos del grupo intervención y el 58,9% de los del grupo control de 2º de la ESO habían probado su primer cigarrillo a los 12 años o antes. Para 3º de la ESO el 58,7 y 56,7% respectivamente habían probado su primer cigarrillo a los 13 años o antes. Por último en 4º de la ESO el 47,5 y el 42,0% de alumnos respectivamente habían probado su primer cigarrillo a los 13 años o antes no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre grupo control e intervención en ninguno de los tres años (Figura 32).

Figura 32. Edad a la que se probó el primer cigarrillo en fumadores por grupo de intervención y por año escolar (frecuencia acumulada). Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



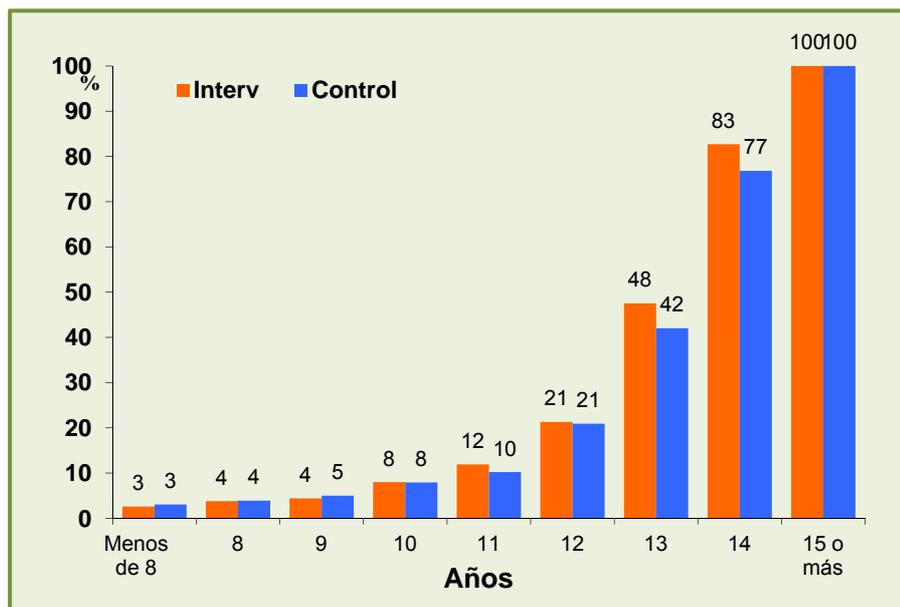
Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Figura 32. Edad a la que se probó el primer cigarrillo en fumadores por grupo de intervención y por año escolar (frecuencia acumulada). Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



3º ESO

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

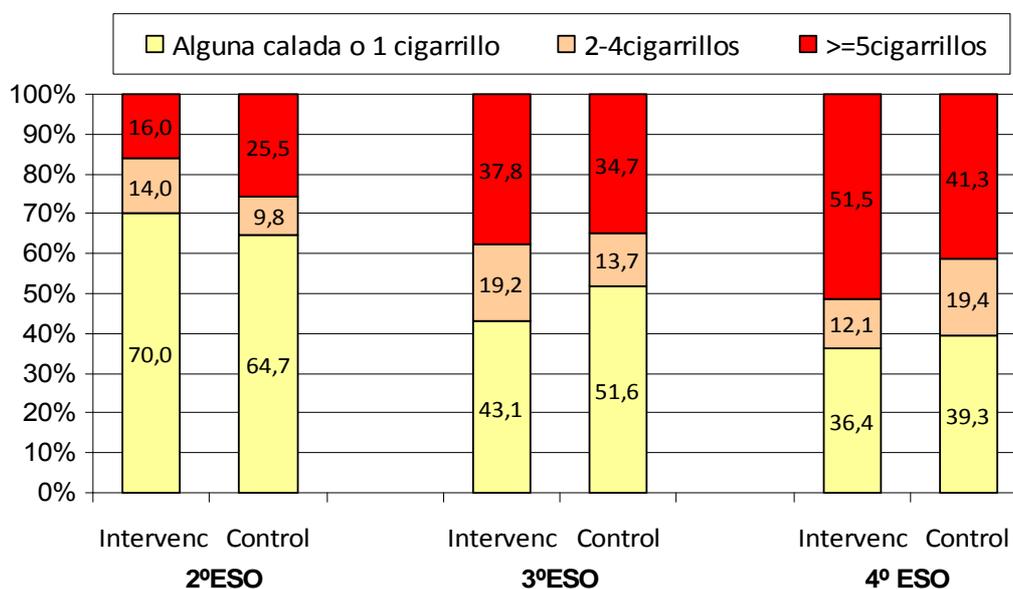


4º ESO

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

El patrón de consumo medido mediante el número de cigarrillos consumidos a la semana por los alumnos autodeclarados fumadores, muestra que tanto en el grupo de intervención como en el control, al principio los alumnos fumadores consumían menor cantidad de cigarrillos a la semana siendo la categoría de "algunas caladas o 1 cigarrillo a la semana" la más frecuente, mientras que en los dos siguientes cursos el patrón se invierte y los alumnos fuman cada vez mayor cantidad de cigarrillos a la semana (Figura 33).

Figura 33. Número de cigarrillos a la semana en alumnos fumadores para ambos sexos y por año escolar. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

De modo que en la evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en las diferentes categorías de consumo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas tras las intervenciones educativas anuales en los alumnos del grupo intervención respecto al grupo control.

6.3. Análisis de la efectividad de la intervención (por intención de tratar)

El análisis por intención de tratar consiste en incluir en el análisis a todos los alumnos que siguieron el estudio en los grupos en los que fueron aleatoriamente asignados, independientemente de la intervención que recibieran.

Según este criterio, se acepta que no todos los alumnos del grupo de intervención siguieron correctamente el protocolo establecido. De la misma manera, se acepta que los alumnos asignados al grupo control pudieron recibir también intervenciones educativas.

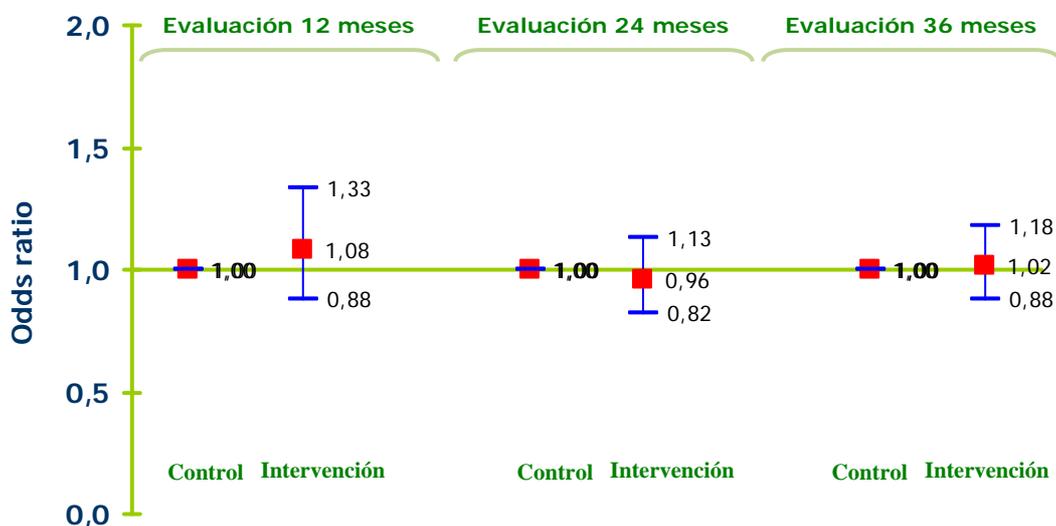
Los datos que se presentan a continuación están basados en las personas que han participado en las cuatro encuestas y no fumaban al comienzo del estudio (1º de la ESO).

La comparación de las estimaciones de incidencia de consumo de tabaco, definido como el consumo realizado con cualquier frecuencia (incluido el consumo experimental y abandono del consumo), en personas no fumadoras al comienzo del estudio están ajustados por sexo, edad y país de nacimiento. Las estimaciones se acompañan de los márgenes de error debido a la variabilidad muestral.

La odds ratio es una medida de asociación que se puede interpretar, de forma aproximada, como la mayor o menor probabilidad de iniciar el consumo de tabaco en el grupo de intervención respecto al grupo control. Por tanto en la evaluación a los 12 meses el valor de 1.08 se interpretaría como que las personas asignadas al grupo de intervención tienen un 8% más de probabilidad de iniciar el consumo de tabaco que las asignadas al grupo control; el valor de 0,96 en la evaluación a los 24 meses se interpreta como que las personas asignadas al grupo de intervención tienen un 4% menos de probabilidades de iniciarse en el consumo de tabaco; y el valor 1,02 en la evaluación a los 36 meses se interpretaría como que las personas asignadas al grupo de intervención tienen un 2% más de probabilidad de iniciar el consumo de tabaco que las asignadas al grupo control.

Como se puede observar (*Figura 34*), la probabilidad de inicio del consumo de tabaco es ligeramente superior en el grupo de intervención a los 12 meses de seguimiento con una OR de 1,08 (IC95% 0,88-1,33). A los 24 meses esta probabilidad es menor en el grupo de intervención aunque las diferencias tampoco son estadísticamente significativas y a los 36 meses esta probabilidad vuelve a ser muy parecida en ambos grupos estando por encima de 1 la del grupo intervención sin llegar a alcanzar significación estadística una vez más (OR 1,02, IC 95% 0,88-1,18) (*Tabla 7*).

Figura 34. Efecto de la intervención educativa sobre el consumo de tabaco según periodo de seguimiento, análisis por intención de tratar. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



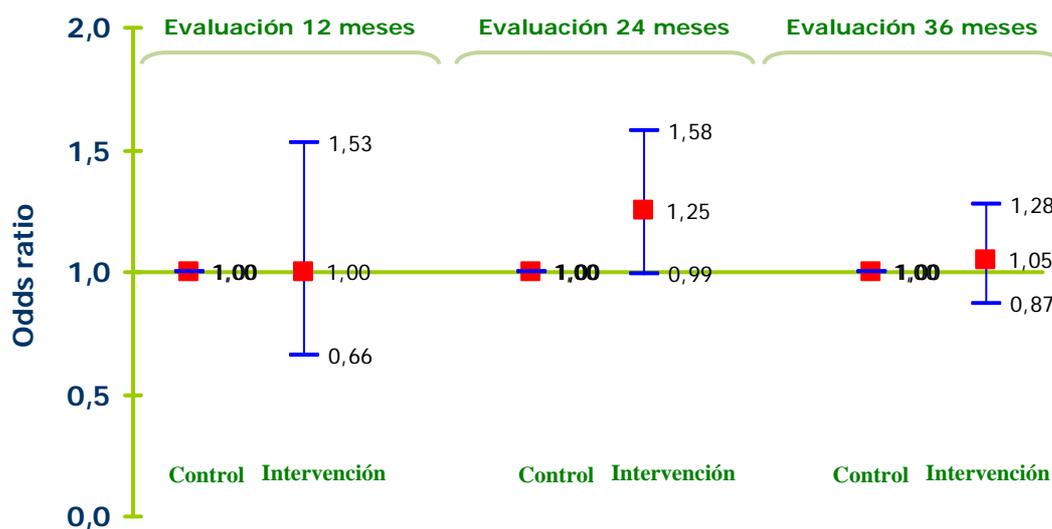
Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Si ahora definimos el consumo de tabaco como consumo no experimental y abandono del consumo (el grupo de experimentadores se considera en este indicador como no fumadores), en personas no fumadoras al comienzo del estudio, se observa que la probabilidad de inicio del consumo de tabaco es muy parecida en ambos grupos

en el primer año de estudio y que durante el segundo y tercer periodo esta probabilidad es ligeramente mayor en el grupo de intervención, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas (*Figura 35*) (*Tabla 7*).

Figura 35. Efecto de la intervención educativa sobre el consumo de tabaco según periodo de seguimiento, análisis por intención de tratar. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



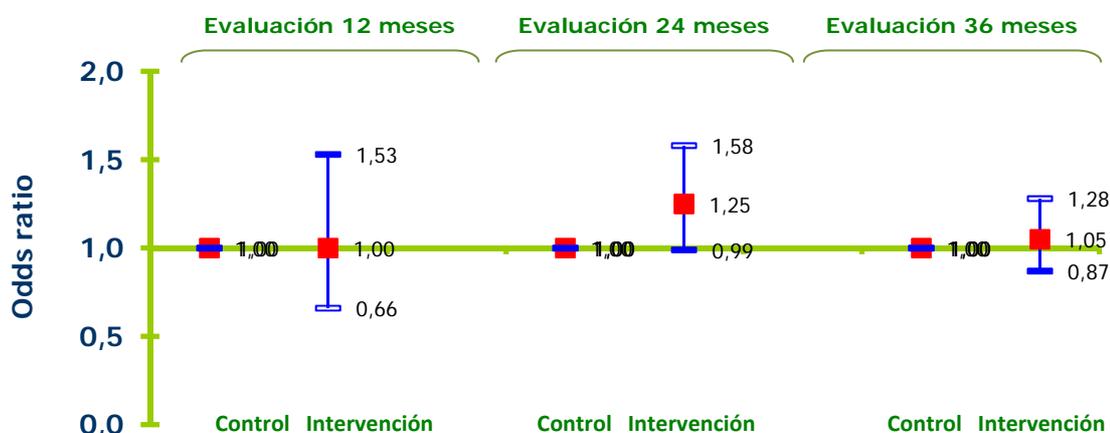
Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Se estudió si la intervención educativa realizada en los centros educativos tenía algún efecto concretamente sobre la probabilidad de fumar con frecuencia mensual o superior (algún cigarrillo al mes) posterior al inicio del estudio. El grupo de comparación fueron los no fumadores. Se excluyó para este análisis a los experimentadores, fumadores con menor frecuencia que la mensual y a los exfumadores.

El margen de error en estas estimaciones es mayor (los intervalos de las estimaciones se agrandan) debido a que el análisis se realiza con frecuencias de consumo más bajas que en los indicadores anteriores y están excluidos los experimentadores, fumadores con menor frecuencia que la mensual y exfumadores. Como se puede observar, la probabilidad de fumar al menos una vez al mes, especialmente en el segundo periodo, es moderadamente superior en el grupo de intervención, OR 1,57 (IC95% 1,13-2,18); si bien en el siguiente año esta probabilidad vuelve a igualarse en los dos grupos sin llegar a alcanzar significación estadística (OR 1,02; IC95% 0,79-1,30) (*Figura 36*) (*Tabla 7*).

Figura 36. Efecto de la intervención educativa sobre el consumo de tabaco en fumadores con periodicidad mensual o mayor según periodo de seguimiento, análisis por intención de tratar. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.



Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 7. Efecto (OR) de la intervención educativa sobre el consumo de tabaco según tipo de consumo (cualquier tipo de consumo, cualquier tipo de consumo excepto experimentadores y consumo al menos mensual) a los 12, 24 y 36 meses de seguimiento. Análisis por intención de tratar. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

	EVALUACIÓN	GRUPO	N	%	OR**	IC95%	P
CUALQUIER TIPO DE CONSUMO	12 meses	Control	206	14,2	1	-	-
		Intervención	220	14,9	1,08	0,88-1,33	0,473
	24 meses	Control	456	31,3	1	-	-
		Intervención	467	31,5	0,96	0,82-1,13	0,622
	36 meses	Control	573	39,3	1	-	-
		Intervención	591	34,0	1,02	0,88-1,19	0,765
CUALQUIER TIPO DE CONSUMO EXCEPTO EXPERIMENTADORES	12 meses	Control	45	3,1	1	-	-
		Intervención	47	3,2	1,00	0,66-1,53	0,987
	24 meses	Control	141	9,7	1	-	-
		Intervención	186	12,6	1,25	0,99-1,58	0,061
	36 meses	Control	245	16,8	1	-	-
		Intervención	262	17,7	1,05	0,87-1,28	0,589
FUMADORES CON FRECUENCIA AL MENOS MENSUAL	12 meses	Control	19	1,5	1	-	-
		Intervención	19	1,5	1,07	0,56-2,06	0,828
	24 meses	Control	62	5,8	1	-	-
		Intervención	110	9,8	1,57	1,13-2,18	0,007*
	36 meses	Control	147	14,3	1	-	-
		Intervención	150	14,5	1,02	0,79-1,30	0,900

* p<0.05; ** Datos ajustados por edad, sexo y país de nacimiento.

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

6.4. Análisis de la eficacia de la intervención

El grupo control ha recibido numerosas intervenciones educativas externas a la intervención educativa realizada en este estudio, aunque con menor frecuencia que el grupo de intervención.

Al contrario del análisis por intención de tratar aquí eliminamos del grupo control a aquellas personas que refieren haber recibido alguna intervención educativa. Además el grupo de intervención se ha dividido según hayan recibido intervenciones incompletas o completas (Tabla 8). Tiene la ventaja que respeta las condiciones originales del diseño del estudio pero es menos cercano a la realidad de la práctica diaria.

El inicio de consumo de tabaco se define como el consumo realizado con cualquier frecuencia (incluido el consumo experimental y abandono del consumo), en personas no fumadoras al comienzo del estudio. Los datos están ajustados por sexo, edad y país de nacimiento.

Se observa que la probabilidad de inicio de consumo es muy parecida en ambos grupos a los 12 meses del estudio (OR 1 en el grupo control frente a 0,99 en el de intervención incompleta y 1,10 en el de intervención completa) (Tabla 8). Sin embargo, a los 24 meses se observa una menor probabilidad de consumo tanto en el grupo con intervención incompleta como completa, respecto a los participantes en el grupo control que no han realizado ninguna actividad educativa, aunque sólo en el grupo de intervención incompleta estas diferencias son estadísticamente significativas (OR 0,66; IC95% 0,45-0,98 grupo intervención incompleta, OR 0,59; IC95% 0,31-1,11 grupo intervención completa). A los 36 meses esta tendencia parece continuar ya que la probabilidad de consumo es menor tanto en el grupo de intervención incompleta como en el de intervención completa (OR 0,87 para intervención incompleta, OR 0,75 para intervención completa), aunque no se llega a alcanzar significación estadística en ningún caso (Figura 37).

Figura 37. Eficacia de la intervención educativa sobre el consumo de tabaco según periodo de seguimiento, análisis en condiciones experimentales (eficacia). Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

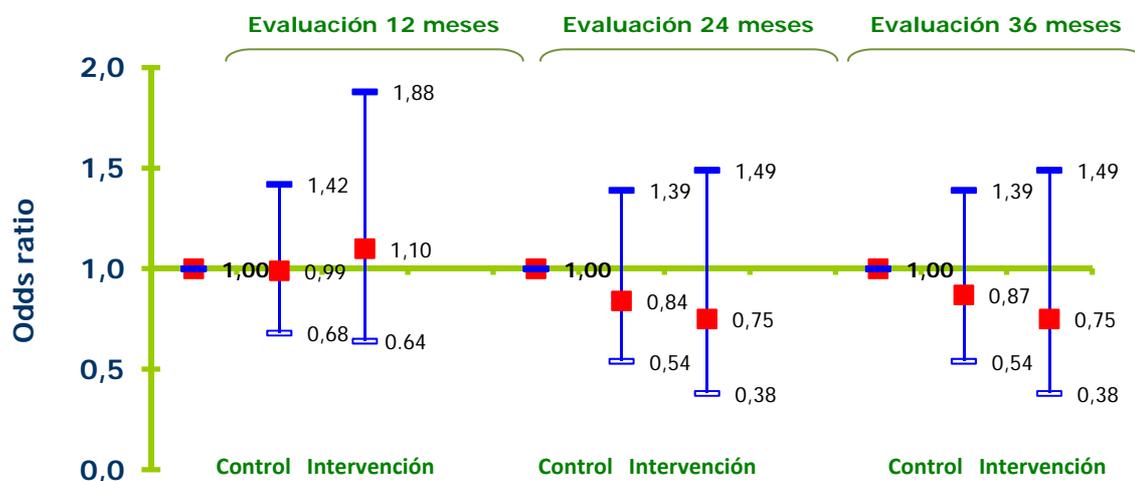


Tabla 8. Efecto (OR) de la intervención educativa sobre el inicio del consumo de tabaco según tipo de intervención a los 12, 24 y 36 meses de seguimiento. Análisis de la eficacia. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

EVALUACIÓN	GRUPO	N	%	OR**	IC95%	p(*)
12 meses	Control	43	15,4	1		
	Intervención Incompleta	190	14,7	0,98	0,68-1,42	0,941
	Intervención Completa	27	16,8	1,1	0,64-1,88	0,732
24 meses	Control	47	38,8	1		
	Intervención Incompleta	443	31,5	0,66	0,45-0,98	0,040*
	Intervención Completa	22	31,0	0,59	0,31-1,11	0,101
36 meses	Control	32	42,7	1		
	Intervención Incompleta	564	40,0	0,87	0,54-1,39	0,552
	Intervención Completa	26	39,4	0,75	0,38-1,49	0,409

*p<0.05; ** Datos ajustados por edad, sexo y país de nacimiento

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

7. DISCUSIÓN

7.1. Evaluación de proceso

La tasa de respuesta del cuestionario en T0 fue del 91,37%, una tasa aceptable teniendo en cuenta el porcentaje de ausencias habituales en un día de clase. La tasa de respuesta en T1 para los alumnos encuestados en T0 fue del 83,7%, lo que supone casi el doble de pérdidas que el año anterior. Ello se debe a que en el segundo cuestionario hay que contabilizar no sólo las ausencias en clase, sino los alumnos perdidos por baja en el centro o por repetir curso. Teniendo en cuenta que se montó un dispositivo específico para capturar tanto a los ausentes en clase el día de la encuesta como a los repetidores que permanecían en el mismo centro, la tasa de respuesta debe considerarse menor de la esperada, lo que revela la dificultad de realizar un correcto seguimiento. La tasa de respuesta en T2 de los alumnos encuestados en T0 y T1 fue aún menor, del 72,2%. Hay que señalar al respecto que entre T1 y T2 tuvo lugar la desaparición de la Dirección General de Salud Pública, lo que supuso, además de la lógica incertidumbre sobre el futuro del estudio, una demora de dos meses en la aplicación del cuestionario y que no se montara ningún dispositivo para la captación de repetidores.

Aunque el porcentaje total de pérdidas sobre los alumnos que iniciaron el estudio (39.5%) fue superior al previsto en el diseño muestral, no es superior al encontrado en otros estudios en proporción al tiempo de seguimiento (1-4), fue casi idéntico para los dos grupos de estudio y no se produjo ninguna baja entre los centros participantes, lo cual limita la posibilidad de sesgos, que algunos autores consideran presentes no obstante a partir del 20% de pérdidas (5). Dado que los casos perdidos mostraban una prevalencia mayor de consumo de tabaco en T0 que los casos estudiados, podría darse una infraestimación del impacto medido en este estudio si la intervención estudiada fuera más efectiva en población de alto riesgo de fumar (1).

Se planificaron 9 talleres por alumno en dos años en el grupo de intervención, pero los alumnos sólo refirieron como realizados (al ser encuestados en T1 y T2) una media de 6,2. De acuerdo con la información registrada durante el desarrollo de la intervención, el número de talleres realizados fue sin embargo el 99,2% de los previstos. Aun suponiendo que el porcentaje de alumnos ausentes los días de los talleres fuera superior al de un día de clase normal, ello difícilmente explicaría por sí solo esa diferencia registrada. Hay que tener en cuenta no obstante que el número de sesiones recibidas por alumno cada año fue registrado por el propio alumno en el cuestionario que se le pasó entre seis y doce meses después de recibir aquéllas, por lo que podría existir un sesgo de recuerdo en la cifra referida por el alumno.

La participación de los tutores de alumnos en las reuniones informativas y en las actividades de formación previstas para ellos fue baja. A pesar del gran esfuerzo de coordinación realizado con la Consejería de Educación, especialmente el segundo año de estudio, sólo dos centros (dos cursos) de los 45 experimentales (4,5%), recibieron formación en dos años. Los motivos de esta baja respuesta son seguramente complejos y necesitarían de un análisis específico para ser esclarecidos, pero a primera

vista tales resultados de participación sugieren en general una falta de motivación del profesorado por participar activamente en este tipo de actuaciones de promoción de salud en el medio escolar, al menos en relación con el tabaquismo.

La participación de los padres en las reuniones informativas fue incluso menor que la de los tutores de alumnos. Como lo fue también la adhesión de los padres a la oferta de quit-line: la cifra alcanzada sería en el mejor de los casos del 0,09% de la población diana fumadora, cifra que se sitúa entre las más bajas referidas en la literatura científica para programas específicos de deshabituación tabáquica telefónica (6). Se ha observado ya en otros estudios que la utilización exclusiva del correo para publicitar la línea telefónica consigue las tasas de respuesta más bajas. En nuestro caso además se ha sugerido que la carta remitida a los padres era especialmente poco atractiva, de apariencia y tono meramente administrativos. Tal vez en nuestro estudio podría sin embargo esperarse una tasa de respuesta superior, por tratarse de padres y madres de alumnos incluidos en un programa preventivo frente al tabaquismo (7)

La respuesta general a las fichas de trabajo en casa se situó entre 47% y 73% de fichas trabajadas sobre las entregadas, según las dos fuentes de información manejadas: las fichas recogidas tras su realización y la encuesta en T1. Esta discrepancia de resultados puede deberse, por un lado a que no se recogieron todas las fichas realmente trabajadas (por olvidar devolverlas los alumnos o extravío) y por otro a que los alumnos que no recordaron en el cuestionario las fichas trabajadas (el 17 % del total) realizaron probablemente menos fichas que los que sí lo recordaron. También es posible la existencia de un sesgo de recuerdo en los alumnos, que sobreestime el número de fichas realmente realizadas. En cualquier caso la tasa de respuesta puede considerarse satisfactoria, teniendo en cuenta las dificultades habituales de incorporar activamente a los padres en estos programas, las dificultades logísticas y de coordinación inherentes a cualquier iniciativa nueva y la escasa motivación general de los tutores de alumnos, que jugaban un importante papel en el operativo diseñado para la distribución y recogida de las fichas y en la motivación de los alumnos para trabajar éstas.

La diferente respuesta obtenida para las tres fichas parece relacionarse con el contenido de las mismas. La entrevista a la madre o al padre es la que más aceptación tuvo. La menor aceptación de las fichas dos y tres podría relacionarse, a partir de las propias observaciones realizadas por los padres en las fichas, con la falta del material necesario en la segunda ficha (experimento de la botella fumadora) y dificultades de comprensión en la tercera (publicidad indirecta de tabaco). Además, de acuerdo con la información de proceso registrada, la aceptación general de las fichas se asoció positivamente de forma significativa con la titularidad privada del centro y la presencia de los tutores en las reuniones informativas mantenidas con la dirección de los centros. Todo parece apuntar a que una estrategia bien asumida y respaldada por el centro educativo garantizaría una mejor aceptación general de las fichas.

7.2. Evaluación del impacto

La intervención realizada en este estudio no ha tenido un efecto preventivo significativo frente al inicio del consumo de tabaco. Sin embargo, los datos indican un posible efecto preventivo sobre la variable *cualquier consumo* (paso de no haber fumado nunca a cualquier modalidad de consumo) a los 24 meses, para ambos sexos y para hombres.

El hallazgo de un efecto preventivo mayor sobre el inicio en la experimentación del consumo que sobre su consolidación, ha sido documentado en otros estudios (9,40), así como también el efecto preventivo mayor en chicos que en chicas (8-11).

Las razones por las que en este estudio no se ha podido evidenciar un impacto preventivo significativo, especialmente a corto plazo, cuando más abundan las evidencias favorables a dicho impacto en la literatura científica (12-15), no son claras. En el estudio ESFA (16,17), al que se asemeja éste en muchos aspectos, tampoco se hallaron efectos globales significativos a los 12 y 24 meses. Uno de los motivos que podrían explicar la ausencia de un efecto significativo es la carencia de controles puros. En nuestro estudio, los alumnos de los centros controles recibieron como media 2,2 sesiones educativas, frente a 6,2 sesiones en los centros experimentales. Es este un hecho común en otros estudios, que puede provocar una infraestimación del efecto de la intervención (1).

En nuestro estudio la intervención se dirigió a alumnos, padres y profesores. Sin embargo, en estos últimos la actuación fue mínima, así como el impacto de la quit-line sobre los padres. De modo que las actividades básicas que pudieron tener algún impacto fueron los talleres en el aula (alumnos), la guía para padres y las fichas de trabajo en casa (padres y alumnos). Si bien no se diseñó previamente una estrategia que permitiera analizar por separado el posible impacto de cada uno de los componentes de la intervención, el análisis parcial realizado de la variable número de talleres realizados (controlando el número de fichas realizadas) permite sospechar un escaso o nulo efecto de los talleres en el aula (tanto los realizados en el grupo de intervención como en el grupo control) sobre el inicio del consumo de tabaco. El hecho de no poder controlar en ese análisis la posible influencia de la guía para padres (todos los hogares del grupo experimental recibieron supuestamente dicha guía), favorecería en cualquier caso un posible impacto de los talleres en el aula (siempre combinados con la guía para padres en el grupo experimental).

Esta sospecha del impacto escaso o nulo de la intervención en el aula se refuerza por los análisis bivariantes realizados en relación con el posible impacto de los talleres en actitudes, percepción subjetiva, autoeficacia e intención futura en los alumnos. Al fin y al cabo los talleres estaban diseñados para modificar esos componentes conductuales. El comportamiento de los alumnos del grupo experimental y del grupo control, medido a través de dichas áreas de estudio, es similar a los 24 meses. No obstante, para analizar convenientemente la existencia de

algún impacto de la intervención en tales variables, sería preciso realizar un análisis multivariante ad hoc, fuera del alcance de este informe.

De manera que otra razón que podría explicar en nuestro estudio la falta de evidencia significativa del efecto preventivo de la intervención global, es la ausencia de impacto de los talleres en el aula. Son pocos los estudios que analizan el impacto de los distintos componentes de las intervenciones. A pesar de su papel central en la estrategia general de intervención (15), para algunos autores las intervenciones basadas exclusivamente en el componente escolar (intervención sobre los alumnos en el aula) son poco efectivas (1,11,13). En otros estudios se ha demostrado sin embargo su efectividad por sí solas incluso a largo plazo (14), si bien cuando se realizan 15 o más sesiones con los alumnos. Para algunos autores es importante el número de sesiones impartidas. Unos postulan un mínimo de 10 sesiones repartidas en dos cursos diferentes (5), otros sugieren un efecto dosis-respuesta, recomendando en consecuencia un número elevado de sesiones (15). Sin embargo, la mayoría de trabajos no arrojan evidencia alguna de que el número de sesiones esté asociado con la efectividad de la intervención (13). En nuestro estudio el número medio de sesiones impartidas fue 6,2. Dado que se trata de un número bajo de sesiones, en comparación con lo habitual en otros estudios, ello podría ser la causa de su posible falta de efectividad. Sin embargo, nuestro análisis no sugiere la posibilidad de un efecto dosis-respuesta para los talleres, y por otra parte, el estudio publicado que mayor número de sesiones incluyó en su intervención, 65 sesiones, no demostró impacto alguno al finalizar ésta (18).

También podría aducirse como motivo de una hipotética falta de impacto de los talleres, la elección de profesionales sanitarios ajenos a la institución escolar para impartirlas. Si bien es cierto que la tendencia habitual y más recomendada es utilizar al profesor con formación específica para el caso o a otros alumnos (5,14,19), tampoco se encuentran inconvenientes en la literatura para la utilización de profesionales sanitarios e incluso son recomendables (8,15,20), salvo por el elevado coste que supone su uso a gran escala.

Respecto al contenido y método de las intervenciones en el aula, es difícil a priori suponer que hayan podido tener una influencia negativa en la efectividad de aquéllas, dado que gran parte de la literatura en este campo está de acuerdo en el éxito cosechado hasta el momento por las intervenciones basadas en la teoría de la influencia social, utilizada en nuestro estudio para el diseño y realización de los talleres, cada uno de los cuales perseguía objetivos explícitos enmarcados dentro del modelo teórico empleado, mencionado en la introducción.

Tanto al analizar el impacto parcial de los talleres como de las fichas, hay que tener en cuenta no obstante, que el 27,3% de los registros del grupo de intervención quedaron fuera del análisis por tener valor desconocido la variable ficha (ya sea por tratarse de centros que realizaron la ficha el segundo año o porque los alumnos no pudieron recordar con exactitud el número de fichas realizadas). Esta disminución de casos reduce la potencia del análisis.

Al contrario de lo observado con el trabajo en el aula, en el análisis parcial efectuado la realización de las fichas de trabajo en el domicilio se muestra efectiva en la reducción del inicio del consumo, lo que permite sugerir su eficacia. En el análisis, las fichas han tenido un efecto preventivo a los 12 y a los 24 meses sobre el inicio global de cualquier forma de consumo. En las chicas el efecto fue mayor a los 12 meses y en los chicos a los 24 meses. La realización de las tres fichas redujo el riesgo de dicho inicio a los 12 meses un 80% frente a los que no realizaron ninguna ficha. Este efecto disminuye a los 24 meses, siendo entonces la reducción del riesgo del 44% en los que realizaron dos fichas y 36% en los que realizaron tres. Este efecto a los 24 meses paradójicamente menor con la realización de más fichas, apreciado también en otros resultados, se debe a la interacción negativa observada entre las fichas y los talleres, que constituye un resultado sorprendente, ya que sería esperable en todo caso una interacción positiva. Cuando el efecto de la interacción fue controlado en el modelo de regresión, el aumento del número de fichas realizadas se asoció con un mayor efecto preventivo (Tabla 4), sugiriendo un efecto dosis-respuesta. Desafortunadamente no hemos podido encontrar ninguna explicación plausible para tal interacción, que debemos suponer un artefacto del estudio; en cualquier caso puede haber jugado un papel limitante en la evaluación del impacto de la intervención general. Hay que recordar asimismo que los valores registrados para las variables fichas de trabajo y talleres realizados, pueden estar afectados de un sesgo de recuerdo.

Las estrategias para implicar a los padres en la prevención del consumo de tabaco en sus hijos adoptan formas muy diversas en la literatura científica. A menudo se trata de intervenciones mínimas, meramente informativas, de escasa efectividad (21). Otras adquieren gran relevancia, al revelarse efectivas, como único componente de la intervención (32,23). La mayoría tiene como objetivo provocar una socialización contra el tabaco entre padres e hijos, que puede ser efectiva frente a aquél incluso en el caso de padres fumadores (24). En nuestro estudio decidimos utilizar una guía de orientación para padres sobre la prevención del inicio del consumo de tabaco y fichas de trabajo en casa, una herramienta ésta relativamente novedosa, ya utilizada con éxito en otros estudios (22,25). La sencillez y bajo coste de esta estrategia nos hizo inclinarnos por ella. De confirmarse su efectividad en la reducción del inicio del consumo de tabaco, ello tendría implicaciones de interés en el futuro de los programas de prevención.

Al analizar el impacto de la intervención global a los 24 meses en diferentes subgrupos del grupo de intervención, según la intensidad de aquélla, hemos obtenido resultados concordantes con lo ya dicho. Cuando los alumnos y alumnas han realizado las tres fichas de trabajo, el impacto se revela siempre positivo de forma significativa, para ambos sexos e independientemente del número de talleres realizados, con un OR en torno al 0,65 frente a los que no realizaron ninguna ficha. También el impacto es significativo para todos los alumnos en conjunto que realizaron dos fichas; y es de suponer que dentro de este subgrupo lo sería también para hombres y mujeres independientemente, y para los que realizaron pocos o muchos talleres, si fuera mayor el tamaño muestral de estos subgrupos. El OR para el subgrupo de dos fichas es ligeramente inferior al de tres fichas en todos los análisis, debido a la interacción

negativa fichas-talleres ya comentada. El impacto es mayor en hombres en todos los casos.

También observamos, en consonancia con lo ya visto, que la realización de talleres, independientemente del número de los mismos, no parece influir sensiblemente en el impacto, ya que los dos análisis realizados con diferente número de talleres, cuando las fichas realizadas son cero, revelan un OR no significativo; incluso el valor de dichos OR es superior a uno, en la dirección de un impacto negativo. Además, debido a la interacción negativa fichas-talleres, cuando se mantiene constante el número de fichas realizadas y se eleva el número de talleres, el OR sube sistemáticamente.

Estos resultados obtenidos al analizar a diferentes intensidades la intervención en su totalidad, corroboran lo visto en el análisis parcial del efecto independiente de los talleres y las fichas. Los talleres no parecen haber tenido efecto alguno y las fichas sí, observándose en ellas además un efecto dosis-repuesta.

Dado el carácter representativo de la muestra, los resultados obtenidos pueden extrapolarse al conjunto de la población escolar madrileña. No obstante, la unidad de selección aleatoria utilizada en el diseño muestral fueron los centros educativos, pero la unidad de análisis fueron los alumnos, sin tener en cuenta el anidamiento de éstos en los centros y por tanto la correlación intra-clase de las observaciones, lo que podría elevar artificialmente la significación estadística (26). Ello se decidió así con el fin de tener mayor potencia estadística en el análisis y poder además analizar interacciones entre características individuales.

7.3. Bibliografía

1. *Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara F. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. Journal of Adolescent Health 36 (2005) 162-169.*
2. *Skara s, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention promagram evaluations. Preventive Medicine 2003, 37, 451-474.*
3. *Ariza C, Nebot M, Tomás Z, Giménez E, Valmayor S, Tarilonte V, De Vries H. Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. European Journal of Public Health 2008, 18 (5), 491-497.*
4. *de Vries H, Diejk F, Wetzels J, Mudde A, Kremers S, Ariza C, Duarte P, Fielder A, Holm K, Janssen K, Lehtovuori R and Candel M. The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): effects after 24 and 30 months. Health Education Research 2006, 21(1), 116-132.*
5. *Glynn, TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. Journal of School Health, 59 (5) 181-188.*
6. *McDonald PW. Population-based recruitment for quit-smoking programs: an analytic review of communication variables. Preventive medicine 1999, 28, 545-557.*

7. Winickoff JP, Tanski SE, Mcmillen RC, Hipple BJ, Friebely J, Healey EA. A national survey of the acceptability of quitlines to help parents quit smoking. *Pediatrics* 2006, 117, e695-e700.
8. Baska T, Straka S, Baskova M, Mad'ar R. Effectiveness of school programs in tobacco control. *Cent Eur J Publ Health* 2004, 12 (4), 184-186.
9. Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P. Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health* 1998, 88 (1), 81-85.
10. Klepp KI, Tell GS, Vellar OD. Ten-year follow-up of the Oslo Youth Study Smoking Prevention Program. *Prev.Med.* 1993;22(4):453-462.
11. Perry Ch L, Komro KA, Veblen-Mortenson S, Bosma LM, Farbaksh K, Munson KA, Stigler MA, Lytle LA. A randomized controlled trial of the middle and junior high school D.A.R.E. and D.A.R.E. Plus programs. *Arch Pediatr Adolesc. Med* 2003, 157, 178-184.
12. Dobbins M, DeCorby K, Manske S, Goldblatt E. Effective practices for school-based tobacco use prevention. *Preventive Medicine* 2008, 46, 289-297.
13. Müller-Riemenschneider F, Bockelbrink A, Reinhold T, Rasch A, Greiner W, Willich SN. Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control* 2008, 17, 301-312.
14. Flay BR. School- based smoking prevention programs with the promise of long-term effects. *Tobacco Induced Diseases* 2009, 5:6. Disponible en <http://www.tobaccoinduceddiseases.com/content/5/1/6>
15. *Reducing Tobacco Use. A report of the Surgeon General.* Atlanta, GA:US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
16. de Vries H, Diejk F, Wetzels J, Mudde A, Kremers S, Ariza C, Duarte P, Fielder A, Holm K, Janssen K, Lehtovuori R and Candel M. The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): effects after 24 and 30 months. *Health Education Research* 2006, 21(1), 116-132.
17. de Vries H, Mudde A, Kremers S, Wetzels J, Uiters E, Ariza C, Vitoria P D, Fielder A, Holm K, Janssen K, Lehtovuori R and Candel M. The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): short-term effects. *Health Education Research* 2003, 18(6), 649-663.
18. Peterson AV Jr, Kealey KA, Mann SL, Marek PM. Hutchinson smoking prevention project: Long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-Results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (24), 2000.
19. Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, Hughes R, Moore L. An informal school-bases peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet* 2008, 371, 1595-1602.
20. Sherman EJ, Primack BA. What works to prevent adolescent smoking? A systematic review of the National Cancer Institute's Research-Tested Intervention Programs. *J Sch Health* 2009, 79 (9), 391-399.
21. Thomas RE, Baker P, Lorenzetti D. Programas familiares para la prevención del hábito de fumar en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 4. Disponible en: <http://www.update-software.com>

22. Jackson, Ch; Dickinson, D. Enabling parents who smoke to prevent their children from initiating smoking. *Arch Pediatr Adolesc*, 160 (2006) 56-62.
23. Bauman, KE et al. Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prevention Science*, 3 (1) 35-42.
24. Henriksen L., Jackson Ch. Anti-smoking socialization: relationship to parent and child smoking status. *Health Communication* 1998, 10 (1), 87-101.
25. Biglan, A et al. Experimental Evaluation of a Modular Approach to Mobilizing Antitobacco Influences of Peers and Parents. *American Journal of Community Psychology*, 24 (3) 311-339.
26. Altman DG, Bland JM. *Statistics Notes. Units of analysis. BMJ* 1997, 314, 1874.

8. CONCLUSIONES

Consumo de tabaco global y por género

- El consumo de tabaco es muy elevado en los alumnos de educación secundaria obligatoria. La prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de primero a cuarto de la ESO es creciente siendo mayor en chicas que en chicos. En 2º de la ESO la prevalencia de consumo de tabaco (ocasional, semanal o diario) era de 4,7% para chicos y 6,6% para chicas, ascendiendo en 4º de la ESO a un 14,6% en chicos y un 23,1% en chicas.

Factores determinantes del inicio del consumo

Actitudes

- Algunas actitudes y creencias como que el consumo de tabaco ayuda a relajarse y a adelgazar, aumentan al aumentar la edad en las chicas significativamente más que en los chicos. Por el contrario, las relacionadas con las consecuencias nocivas para la salud y el pensamiento de que fumar es una gran estupidez, empeoran igualmente en ambos sexos.
- Aspectos claves como la gran dificultad de abandonar el hábito una vez que está instaurado es infravalorado por una alta proporción de escolares de 4º de ESO: casi un 50% cree que no es muy difícil dejar de fumar.

Influencia social.

- Una gran mayoría de estudiantes afirma que los padres no estarían de acuerdo con que fumaran, esto ocurre también, aunque en menor porcentaje, en el entorno de amigos. Las chicas opinan en mayor porcentaje que los chicos, que su mejor amigo/a no estaría de acuerdo con que empezara a fumar.
- Los escolares perciben una mayor frecuencia de tabaquismo que la que se observa en la realidad.
- Una minoría (alrededor de un 12% en 4º de ESO) ha notado presión de los amigos para fumar. Esta presión aumenta con el incremento de la edad.

- La proporción de fumadores en el entorno próximo es muy elevada: aproximadamente en uno de cada dos hogares se fuma en su presencia. Asimismo cerca del 50% ha visto fumar recientemente dentro del recinto escolar.

Autoeficacia

- La mayoría de los escolares perciben tener capacidad para rechazar el consumo de tabaco aunque se lo ofrezcan en los entornos familiares y de amigos.

Susceptibilidad

- Casi uno de cada cinco chicos y una de cada cuatro chicas de 4º de ESO cree que fumará en los próximos 12 meses, incrementándose a uno de cada cuatro en chicos y a uno de cada 3 en chicas en los próximos cinco años.

Evaluación del proceso

- La intervención dirigida a los profesores, consistente en la formación de los mismos en tareas de prevención del tabaquismo en jóvenes, ha tenido escasa repercusión. Ello unido a la limitada participación de los mismos en las reuniones a que fueron convocados, sugiere en el momento del estudio una escasa motivación del profesorado por participar activamente en este tipo de actuaciones de promoción de salud en el medio escolar, al menos en relación con el tabaquismo.
- La oferta de una quit-line a los padres y madres fumadores tuvo poco éxito, quizás debido a la estrategia de captación empleada, poco atractiva para aquéllos.

Evaluación del efecto de la intervención

- Del total de escolares de 1º de ESO seguidos en el estudio, el 88,3 % no habían probado el tabaco nunca. De ellos, en 2º de ESO el 11,4% lo habían probado y el 2,5% habían iniciado un consumo ocasional, semanal o diario, aumentando al 22,4% y al 15,3% respectivamente en 4º de la ESO.
- En este estudio no se observa un efecto positivo ni negativo de las intervenciones sobre el inicio de consumo de tabaco.
- Si se excluyen del grupo control los que han realizado algún tipo de actividades educativas, sí se observa un efecto protector a los 24 meses de seguimiento. Este efecto se mantiene a los 36 meses aunque sin llegar a alcanzar significación.
- Se ha observado además un efecto preventivo significativo de la intervención sobre el inicio del consumo, a los 12 y 24 meses, en el subgrupo del grupo de intervención que realizó 2 o 3 fichas de trabajo en casa, frente al grupo control.
- Los resultados indican que las intervenciones educativas realizadas en el aula (talleres) no han tenido ningún efecto sobre el consumo del tabaco. Por el contrario las fichas de trabajo en casa para padres y alumnos parecen haber sido efectivas en la prevención del inicio del consumo, a los 12 y 24 meses. La

realización de las tres fichas redujo el inicio del consumo a los 12 meses en un 80% frente a los que no realizaron ninguna ficha. Los alumnos del grupo de intervención que realizaron 2 o 3 fichas mostraron una reducción significativa del inicio del consumo a los 24 meses frente al grupo control (OR= 0,62 y 0,68 respectivamente).

- Dada la sencillez y bajo coste de las fichas de trabajo en casa, así como la buena aceptación observada (entre un 47% y un 73% de fichas trabajadas), de confirmarse su efectividad supondría una herramienta recomendable para su utilización en los programas de prevención del tabaquismo.
- En este tipo de estudios de intervención comunitaria con un alto número de actividades educativas y seguimiento a medio plazo, ocurre frecuentemente que la proporción de escolares que acaban recibiendo la intervención de forma completa es muy baja. Asimismo, el grupo control recibe frecuentemente actividades educativas sobre prevención del tabaquismo. Esta desviación del protocolo inicial del estudio repercute en una mayor dificultad de la evaluación de la intervención educativa.
- Es conveniente seguir realizando estudios para profundizar en el conocimiento y evaluación de los efectos de las intervenciones educativas sobre tabaco en adolescentes, así como mejorar la efectividad de las mismas dada la alta prevalencia de consumo de tabaco en los adolescentes de la Comunidad de Madrid.

9. ANEXOS

ANEXO I

INTERVENCIONES EDUCATIVAS DEL PRIMER AÑO

PRIMERA SESIÓN: *“Congreso Mundial de la Salud “*

Objetivos:

- Desmitificar ideas asociadas al consumo de tabaco
- Reconocer el concepto de adicción
- Promover un punto de vista crítico ante el consumo de tabaco

Contenidos:

- Reflexión frente a los estereotipos-mitos (“fumar ayuda a parecer mayor, a ligar, a relacionarse”; “fumar relaja, ayuda a olvidar los problemas”; “los primeros cigarrillo saben bien”; “los efectos del humo sobre el no fumador no son perjudiciales”; “es difícil estar en grupo y ser el único que no fuma”).
- Análisis del concepto de adicción a una sustancia.

Desarrollo:

Se reparten las tarjetas de los países, una por alumno. El presidente del congreso (monitor/a) lanza el debate (las frases): se debaten, se votan (tarjetas verdes-verdadero, fucsias-falso), se apuntan en la pizarra las conclusiones y al final el presidente reflexiona sobre todas a modo de manifiesto final del Congreso.

SEGUNDA SESIÓN: *“El Tabo Trivial”*

Objetivos:

- Reflexionar sobre situaciones en relación con el consumo de tabaco (conocer sustancias y efectos)
- Reconocer y afrontar factores de presión grupal, aprender a decir NO mediante alternativas

Contenidos:

- Elementos de la presión social y de grupo, estrategias para la toma de decisiones
- Representación social y mitos sobre el tabaco, sustancias y efectos.

Desarrollo:

Se distribuye a la clase en 4-5 equipos que participarán en un juego similar al trivial. Contenidos en 4 apartados representados por cuatro colores: naranja (termina la historia), rosa (preguntas cerradas), verde (verdadero o falso), azul (cómo se lo dirías).

TERCERA SESIÓN: *“Me comunico eficazmente”*

Objetivos:

- Desarrollar habilidades de comunicación
- Promover la asertividad

Contenidos:

- Análisis de los modelos de comunicación
- Características del modelo asertivo

Desarrollo:

A través de un role-playing se representa el encuentro de un grupo y una situación en la que está presente el consumo de tabaco. Se presentan distintos personajes que utilizan tres estilos de comunicación: pasivo, agresivo, asertivo.

CUARTA SESIÓN: *“Las cosas claras “*

Objetivos:

- Reforzar las actitudes de rechazo ante el tabaco, reflexionar sobre las influencias sociales
- Afianzar contenidos tratados anteriormente

Contenidos:

- Factores positivos inherentes a la abstinencia de tabaco
- Alternativas de ocio al tabaco
- El modelo de influencia social

Desarrollo:

Se realizan tres preguntas (¿Qué ganas cuando no fumas o dejas de fumar? ¿Qué o quién influye más para que fumen las personas? ¿En vez de fumar yo puedo...?)

Las respuestas de los alumnos/as quedan en tres sobres de colores y de ahí se sacan para que se sitúen y lo defiendan.

QUINTA SESIÓN: *“La sopa de los porqués”*

Objetivos:

- Analizar razones por las que se fuma y alternativas a su consumo
- Desarrollar la creatividad de los/as participantes
- Fomentar actitudes de respeto entre fumadores y no fumadores

Contenidos

- Fumadores pasivos
- Revisión de mitos
- Producción de alternativas al consumo

Desarrollo

A través de la ficha “sopa de los porqués” se revisarán los argumentos de los fumadores para justificar su hábito y se elaborarán alternativas al mismo.

Se elaborará asimismo un “Soneto libre de humos “. Se divide la clase en 4 grupos (dos elaborarán sendos cuartetos y los otros dos sendos tercetos). Los versos tratarán sobre: presión e influencia social; sustancias, efectos, adicción; alternativas al consumo; espacios no fumadores/ fumadores.

Todo ello servirá para confeccionar material que sirva para acompañar la señalización de centro sin humo.

Al final de ésta sesión se pasa un cuestionario anónimo de satisfacción a cada participante.

ANEXO II

INTERVENCIONES EDUCATIVAS DEL SEGUNDO AÑO

PRIMERA SESIÓN: “SUPERKONKU”

Objetivos:

- Revisar el concepto de adicción
- Reforzar positivamente a las personas No Fumadoras
- Encontrar experiencias alternativas al consumo

Contenidos:

- Adicción
- Ventajas de NO fumar
- Alternativas al consumo de tabaco
- Otros aspectos sobre el tabaquismo.

Desarrollo:

La sesión se desarrolla a través de un concurso tipo Gymkhana en el que existen 5 pruebas diferentes:

MIMICA

(Efectos a corto plazo)

1. Adicción.
2. Fatiga al hacer ejercicio.

(Qué ganas si no fumas)

1. Autoestima.
2. Tranquilidad (no te pillan)

** (Alternativas al consumo)

1. Sirve para parecer mayor.
2. Es divertido.

DIBUJAR

(Efectos)

1. Tos.
2. Mal aliento y olor a tabaco.

(Qué ganas)

1. Bienestar.
2. Dinero.

(Alternativas)

1. Así impresionan a quien le gusta.
2. Les va a relajar

** Algunas chicas y chicos empiezan a fumar porque creen que.....En vez de fumar podrían.....

LETRAS DESORDENADAS

(Sustancias)

- | | |
|---------------|-----------|
| 1. Nicotina. | AOCNITNI |
| 2. Alquitrán. | RTNAUQILA |
| 3. Amoniaco. | COMANAIO |

(Efectos largo plazo)

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. Cáncer. | CREANC. |
| 2. Infarto. | FINARTO. |
| 3. Enfisema. | ENSEMAFI. |

PREGUNTAS

1. ¿Fumando solo los fines de semana, soy fumadora?
2. ¿Al no tragarte el humo no pasa nada?
3. ¿Fumar adelgaza?
4. ¿La Ley antitabaco sirve para algo?
5. ¿Si todas tus amigas fumasen, tú también?
6. ¿Qué porcentaje de gente de tu edad crees que fuma de vez en cuando?
a) 55% b) 30% c) 16%

RIMAR LA FRASE

1. Si decides no fumar.....
2. Cuando me ofrecen un cigarrillo.....
3. El tabaco crea adicción.....
4. En mi casa todos fuman.....
5. Si tu grupo te presiona.....
6. No te gastes la paga en tabaco.....

SEGUNDA SESIÓN: “TEATROS “

Objetivos:

- Reflexionar sobre actitudes intolerantes.
- Analizar mecanismos de Presión grupal.
- Promover actitudes de respeto a l@s demás.
- Fomentar la coherencia en la toma de decisiones.

Contenidos:

- Presión grupal,
- Tolerancia,
- Respeto,
- Comunicación.

Desarrollo:

La sesión se desarrolla a través de la realización de dos tipos de dramatizaciones:

- **Drama 1:** Secuencia rápida de dos extremos de presión y una secuencia de situación normalizada.
- **Drama 2:** Secuencia de situación de presión grupal, y final con “rebobinado” del personaje principal.

Quizás uno de los momentos más relevantes sea el que muestra al personaje principal reflexionando a posteriori una decisión equivocada que ha tomado, y las conclusiones que de ello saca.

Ese momento y los elementos de análisis que el personaje utiliza, va a tener mucha utilidad e impacto en el resto del grupo de clase que son espectadores de la situación, y en algunos casos van a ver, sin duda, reflejadas experiencias propias y evocar sentimientos de falta de coherencia por decisiones tomadas bajo presión.

TERCERA SESIÓN: “ LAS CARTAS “

Objetivos:

- Analizar razones para No Fumar.
- Favorecer el apoyo dentro de la familia y amigos.
- Fomentar el respeto y la aceptación.
- Promover la Autoestima y el auto concepto.

Contenidos:

- Toma de decisiones,
- Consejos para no fumar,
- Comunicación,
- Reflexiones sobre la adicción,
- Alternativas,
- Autoestima. etc.

Desarrollo:

La sesión se realiza mediante una actividad que consiste en proponer a los diferentes grupos la elaboración de una CARTA, de 20 líneas que tendrá diferentes títulos:

1. “ Cigarrillo, me despido de ti”
2. “ Carta a mi madre fumadora”
3. “ A mi amig@ que ha empezado a fumar”
4. “ A mis [amig@s](#) plastas”

Cada grupo trabajará sobre uno de los cuatro modelos de carta, y redactará la suya, que después será leída en clase y analizada por el grupo grande.

Esto nos va a permitir hacer un coloquio sobre lo que supone el hábito de fumar, la presión social, y algunos otros aspectos significativos del tema.

CUARTA SESIÓN: “ADIVINA, ADIVINANZA”

Objetivos:

- Incrementar el conocimiento sobre el propio organismo.
- Promover el cuidado del cuerpo.
- Reforzar a las personas NO Fumadoras.
- Reconocer la salud como algo valioso.

Contenidos:

- Aspectos biológicos,
- Efectos del consumo,
- Reacciones orgánicas a diferentes sustancias del humo del tabaco.
- La salud como valor.

Desarrollo:

Se distribuye la clase en grupos de 4/5 personas, y se les entrega a cada equipo una ficha que contiene información sobre sustancias del tabaco y efectos de las mismas sobre la salud. Con esta información, cada grupo tiene que componer dos adivinanzas.

Posteriormente esas adivinanzas servirán para hacer un concurso en la clase y elegir las dos mejores.

La actividad es un medio para revisar los contenidos y sobre todo reforzar a l@s que no fuman y promover la salud como un valor.

<p style="text-align: center;">NICOTINA</p>	<p style="text-align: center;">SI NO FUMAS...</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Genera adicción, dependencia física y psicológica. • Temblor de manos. • Dientes y dedos amarillos. • Estrechamiento de los vasos sanguíneos. • Incremento del ritmo cardíaco. • Problemas circulatorios. • Enfermedades del corazón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor salud en general. • Mayor autoestima. • Mayor confianza en ti misma. • Eres más libre; no dependes del tabaco. • Mejor tensión y ritmo cardíaco. • Mejor respiración y oxigenación del organismo. • Reducción del riesgo de problemas respiratorios, del corazón y de la circulación. • Mayor energía, vitalidad y capacidad física. • Pulmones más limpios. • Disminución de tos y resfriados. • Mayor disfrute de los olores y los sabores. • Mejor olor de ropa y en general. • Mejor aliento. • Mejor aspecto físico y estético. • Mejora tu economía. • Mejor hidratación de la piel y menos arrugas. • Dientes más blancos. • Sin manchas en la piel producidas en el tabaco
<p style="text-align: center;">ALQUITRAN</p>	<p style="text-align: center;">SI NO FUMAS...</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tos. • Se pega a tu boca, garganta y pulmones. • Bronquitis. • Aumento de los resfriados y gripes. • Altera las papilas gustativas. • Pérdida de olfato. 	<p style="text-align: center;">IDEM</p>
<p style="text-align: center;">MONÓXIDO DE CARBONO</p>	<p style="text-align: center;">SI NO FUMAS...</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dificulta el transporte de oxígeno a los tejidos. • Disminución de la capacidad física. • Enfermedades del corazón. • Problemas circulatorios. • Pérdida de erección 	<p style="text-align: center;">IDEM</p>
<p>ACETONA, AMONÍACO, ARSÉNICO, CIANURO, FORMOL, CADMIO, NÍQUEL. CLORURO DE VINILO, METANOL, POLONIO 210, ETC, ETC.</p>	<p style="text-align: center;">SI NO FUMAS...</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Efectos perjudiciales en boca, faringe, laringe, esófago, bronquios, pulmones, vejiga y en general en todo el organismo. 	<p style="text-align: center;">IDEM</p>

ANEXO III

INTERVENCIONES EDUCATIVAS DEL TERCER AÑO

PRIMERA SESIÓN: “Pasapalabra del tabaco”

OBJETIVOS:

- Afianzar y reflexionar sobre contenidos tratados en cursos anteriores.

Contenidos:

- Reflexión en torno a los estereotipos y mitos existentes sobre el tabaco y su consumo.
- Análisis del concepto de adicción a una sustancia.
- Factores positivos inherentes a la abstinencia de tabaco.
- Alternativas al tabaco en el tiempo de ocio.
- El modelo de influencia social.
- Análisis de los modelos de comunicación
- Características del modelo asertivo
- Elementos de la presión social y de grupo.
- Estrategias para la toma de decisiones.
- Sustancias y efectos del tabaco.

Desarrollo:

La actividad consiste en la puesta en práctica de un juego similar al de pasapalabra de televisión, en el que los participantes organizados en grupos pequeños tendrán que resolver el “rosco” correspondiente, en el que todos los contenidos están relacionados con el proyecto. El juego permite abordar y revisar todos los contenidos tratados hasta ahora a modo de recapitulación.

SEGUNDA SESIÓN: “Diario de un exfumador”

Objetivos:

- Reforzar las actitudes de rechazo ante el tabaco.
- Reflexionar sobre las influencias sociales.
- Aportar experiencias personales sobre el consumo de tabaco

Contenidos:

- Factores de comunicación,
- resolución de conflictos,
- estrategias para afrontar presión
- elementos para la toma de decisiones.
- Reflexiones y análisis de la experiencia personal de NO fumadores,
- Fumadores, exfumadores y primeros experimentadores.

Desarrollo:

Diferentes participantes irán saliendo de uno en uno y serán presentados por la monitora al resto de la clase asumiendo diferentes roles:

- El/la NO fumador. (Muy combativo/a frente al tabaco).
- El/la fumador/a. (Trataremos que sea alguien que de verdad fuma).
- El/la exfumador/a.
- Experimentador/a.

Se les harán preguntas y tendrán que hablar sobre su experiencia. (Queremos que se haga muy visible lo perjudicial que es fumar para ellos/as).

Finalmente se puede abrir un espacio de debate grupal a modo de conclusión.

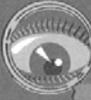
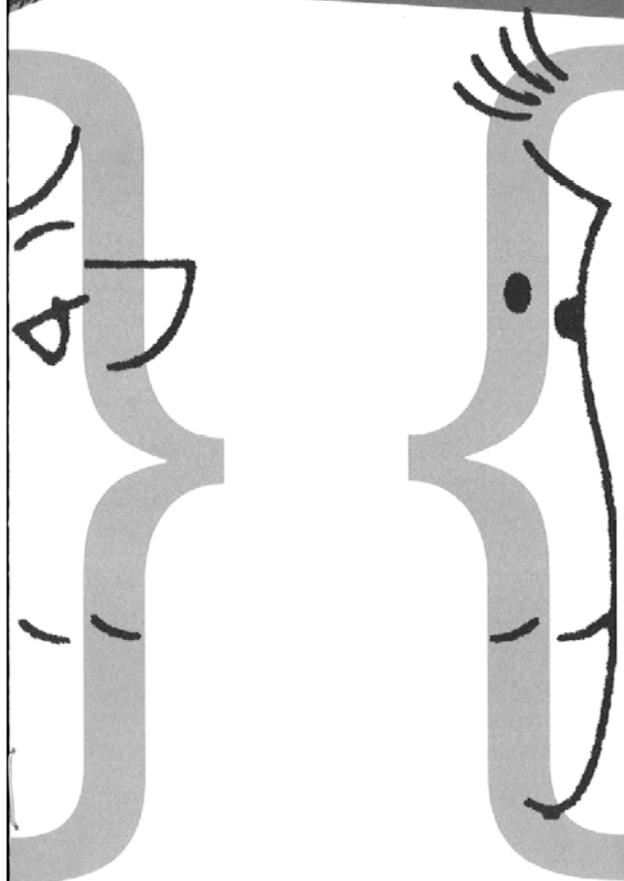
ANEXO IV
FICHAS DE TRABAJO EN CASA

Hablemos del tabaco en casa

Ficha 1



**Estudio
de opiniones
y actitudes
sobre el
tabaco**



EQUIPO INVESTIGADOR:
PADRE, MADRE, ALUMNO/A

¿Qué queremos hacer?

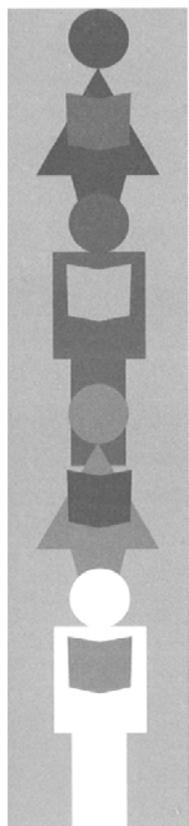


La familia es un entorno educativo clave. Mantener una actitud sincera, abierta a la comunicación y al diálogo incluso ante aspectos que nos crean contradicciones, es tan importante como ser un buen ejemplo para nuestros/as hijos/as.

Las actitudes, los valores y las conductas del padre y la madre tienen una gran influencia en los comportamientos, en el desarrollo de hábitos saludables y en el desarrollo de valores de los hijos/as. Por este motivo, en todo lo referente al tabaco es muy positivo que cada familia pueda **intercambiar opiniones acerca del tabaco y su uso** (por ejemplo: los factores que lo promueven, las características de la dependencia que genera y las consecuencias que tiene para la salud de las personas que lo consumen o que, aunque no fumen, se hallan expuestas al humo de tabaco).

Este ejercicio nos dará la oportunidad de explorar conjuntamente (alumno/a, madre, padre) algunos de estos aspectos. Nos ayudará a mejorar la comunicación familiar y a revisar algunos temas en los que un intercambio sencillo y sincero de puntos de vista pueda contribuir a que el entorno familiar facilite que nuestros/as hijos/as adopten hábitos y estilos de vida saludables.

¿Qué tenemos que hacer?



Tarea para la/el alumna/o:

Realizar una entrevista al padre o a la madre sobre diversos temas relacionados con el tabaco y su uso. Para ello deberá utilizar uno de los cuestionarios adjuntos. La elección de uno de estos tres cuestionarios la debe hacer de la siguiente forma:

- Si la madre o el padre no fuma ni ha fumado nunca, o sólo a fumado algún cigarrillo en ocasiones excepcionales (cuando lo probó de joven; en alguna celebración...) utilizará el **Cuestionario A**.
- Si la madre o el padre dejó de fumar (lleva un mes o más sin fumar), utilizará el **Cuestionario B**.
- Si la madre o el padre fuma actualmente, es decir fuma diariamente o de forma esporádica (una vez a la semana o menos), utilizará el **Cuestionario C**.

La última pregunta de cada cuestionario será planteada, de acuerdo con su propia elección, por el/la alumno/a.

En cada caso, registrará por escrito las repuestas en los espacios disponibles para ello. Después las llevará a la escuela para comentarlas con el resto de la clase.

Tarea para el padre o la madre:

Contestar con franqueza y sinceridad, razonando las respuestas, a las preguntas de la entrevista, aunque ello revele sus contradicciones y le obligue a explicarse frente a su hijo/a.

Tarea conjunta:

El/la alumno/a, la madre y el padre (incluir también al padre si quien ha contestado es la madre y viceversa) leerán y comentarán las respuestas con franqueza y sin temor a que afloren los miedos, las contradicciones o los deseos de cada cual.

Cuestionario A:

Si nunca ha fumado

Nombre entrevistador/a (alumno/a): _____

Persona entrevistada: Madre Padre

Fecha: _____

- 1 Cuando eras pequeño/a ¿fumaba alguien en tu casa (p.ej.: padre, madre, hermanos)?
 NO SÍ (especificar quién o quienes)

- 2 ¿Cuando tenías mi edad, o eras un poco mayor, algunos amigos tuyos empezaron a fumar?
 NO SÍ

- 3 ¿Te incitó alguien a fumar?
 NO SÍ

- 4 ¿Por qué nunca has fumado? Cuéntame tu experiencia a esa edad y qué conclusión sacas de ella que me pueda servir a mí.

- 5 ¿Crees que respirar el humo del tabaco que fuman otras personas perjudica tu salud?
 Perjudica mucho Perjudica bastante Perjudica poco No perjudica No sé

- 6 Si vas a un bar con un/a amigo/a que fuma, ¿eliges uno donde está permitido fumar o uno donde no está permitido? ¿Por qué?

- 7 ¿Qué opinión tienes de la Ley actual que prohíbe fumar en los lugares públicos y en el trabajo?

8 ¿Prohibirías fumar tabaco en todos los sitios públicos, incluidos bares y restaurantes?

NO SÍ ¿Por qué?

9 ¿Qué harías si te enteraras de que fumo?

10 En tu opinión ¿Qué es lo peor del tabaco?

11 Pregunta a elegir por el/la alumno/a

Respuesta

La entrevista termina aquí. Muchas gracias por tus respuestas

Cuestionario B:

Si ha dejado de fumar

Nombre entrevistador/a (alumno/a): _____

Persona entrevistada: Madre Padre

Fecha: _____

1 Cuando eras pequeño/a ¿fumaba alguien en tu casa (p.ej.: padre, madre, hermanos)?

NO SÍ (especificar quién o quiénes)

2 ¿Por qué razones empezaste a fumar? Cuéntame tu experiencia a esa edad y qué conclusión sacas de ella que me pueda servir a mí.

3 ¿Recuerdas a qué edad fumaste tu primer cigarrillo? _____

¿Recuerdas a qué edad empezaste a fumar de forma habitual? _____

4 ¿Por qué pasaste a fumar regularmente?

5 ¿Cuánto hace que dejaste de fumar? _____

6 ¿Cuántos intentos hiciste antes de conseguirlo? _____

7 ¿Cómo conseguiste dejar de fumar definitivamente?

Utilizando sólo mi fuerza de voluntad

Siguiendo el consejo médico

Tomando medicamentos

Combinando todo lo anterior

Mediante otro método

¿Cuál?

8 ¿Te costó mucho conseguir dejarlo para siempre?

NO SÍ

9 Cuéntame tu experiencia de dejar de fumar. ¿Qué fue lo más difícil? ¿Cómo te sentiste al conseguirlo?

10 ¿Crees que respirar el humo del tabaco que fuman otras personas perjudica tu salud?
 Perjudica mucho Perjudica bastante Perjudica poco No perjudica No sé

11 ¿Qué opinión tienes de la Ley actual que prohíbe fumar en los lugares públicos y en el trabajo?

12 ¿Prohibirías fumar tabaco en todos los sitios públicos, incluidos bares y restaurantes?
 NO SÍ ¿Por qué?

13 ¿Qué harías si te enteraras de que fumo?

14 En tu opinión ¿Qué es lo peor del tabaco?

15 Pregunta a elegir por el/la alumno/a

Respuesta

La entrevista termina aquí. Muchas gracias por tus respuestas

Cuestionario C:

Si fuma actualmente

Nombre entrevistador/a (alumno/a): _____

Persona entrevistada: Madre Padre

Fecha: _____

1 Cuando eras pequeño/a ¿fumaba alguien en tu casa (p.ej.: padre, madre, hermanos)?

NO SÍ (especificar quién o quiénes)

2 ¿Por qué razones empezaste a fumar? Cuéntame tu experiencia a esa edad y qué conclusión sacas de ella que me pueda servir a mí.

3 ¿Recuerdas a qué edad fumaste tu primer cigarrillo? _____

¿Recuerdas a qué edad empezaste a fumar de forma habitual? _____

4 ¿Por qué razones pasaste a fumar regularmente?

5 ¿Cuántos cigarrillos fumas normalmente?

Menos de 1 al día Entre 1 y 4 Entre 5 y 10 Entre 11 y 20 Más de 20

6 ¿Cuánto dinero gastas al mes en tabaco? _____€

7 ¿Has intentado alguna vez dejar de fumar?

NO SÍ (especificar cuántas veces lo ha intentado) _____

8 ¿Crees que fumar perjudica tu salud? NO SÍ

Si tu respuesta es SÍ ¿Piensas dejar de fumar próximamente?

NO (¿Por qué razones?)

SÍ (¿Por qué razones?)

9 ¿Crees que respirar el humo del tabaco que fuman otras personas perjudica tu salud?
 Perjudica mucho Perjudica bastante Perjudica poco No perjudica No sé

10 ¿Qué opinión tienes de la Ley actual que prohíbe fumar en los lugares públicos y en el trabajo?

11 ¿Prohibirías fumar tabaco en todos los sitios públicos, incluidos bares y restaurantes?
 NO SÍ ¿Por qué?

12 ¿Qué harías si te enteraras de que fumo?

13 En tu opinión ¿Qué es lo peor del tabaco?

14 Pregunta a elegir por el/la alumno/a

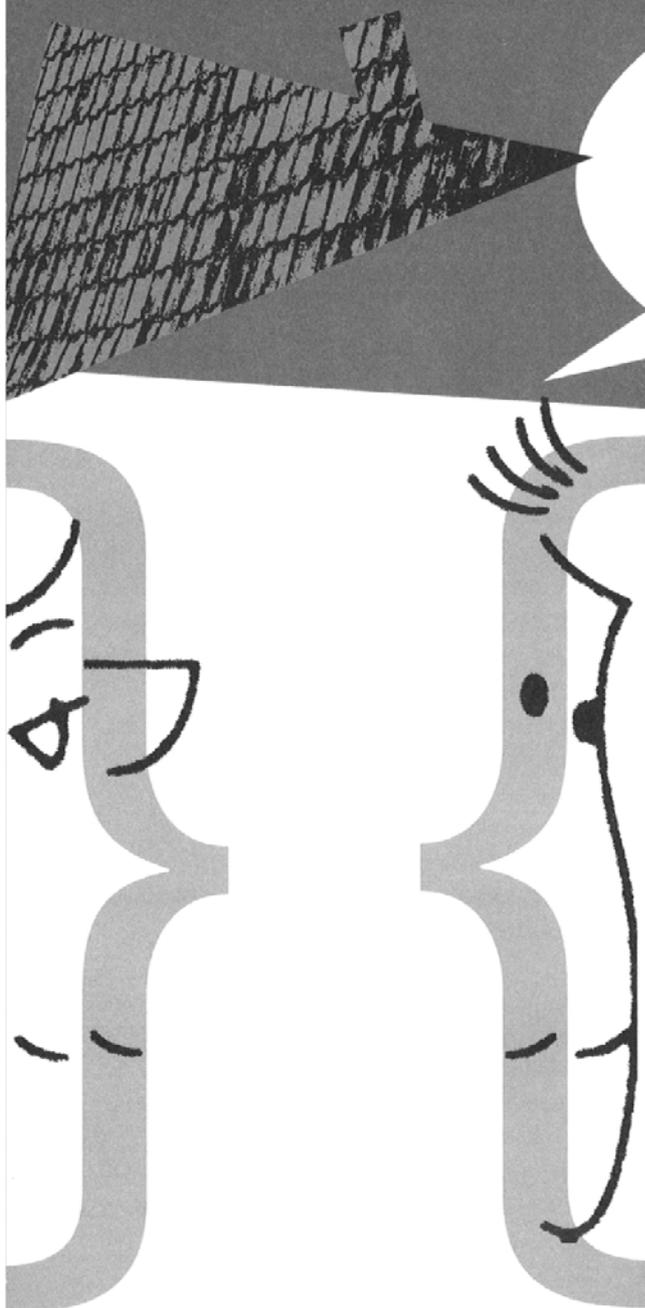
Respuesta

La entrevista termina aquí. Muchas gracias por tus respuestas

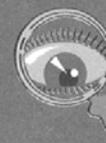
Hablemos del tabaco en casa

Ficha 2

Estudio de los contenidos del tabaco



EQUIPO INVESTIGADOR:
PADRE, MADRE, ALUMNO/A



¿Qué queremos obtener?

Realizar conjuntamente (alumno/a, madre, padre) una actividad que nos ayudará a conocer mejor qué sustancias contiene el tabaco y cómo el organismo las absorbe cuando una persona fuma.

¿Qué tenemos que hacer?

1. Leer conjuntamente el “Material para antes de la actividad”.
2. Realizar el experimento descrito en “La Botella Fumadora”, de acuerdo a las indicaciones.
3. Contestar conjuntamente las preguntas que se plantean en el apartado “Conclusiones”.

Material para antes de la actividad

Leer conjuntamente (alumno/a, madre, padre) el siguiente texto informativo:

El tabaco contiene diversas sustancias que al quemarse generan un gas formado por más de 4.000 sustancias, como por ejemplo:

Monóxido de carbono: gas tóxico que sale por el tubo de escape de los coches.

Nicotina: sustancia que provoca una fuerte adicción y es por tanto responsable de que el tabaco sea una droga.

Además, entre estas 4.000 sustancias, más de 69 son causantes de cáncer, entre ellas:

Alquitranes: utilizados para asfaltar carreteras y calles.

Arsénico: veneno mortal muy potente.

Cadmio y níquel: utilizados para elaborar baterías.

Cloruro de vinilo: se utiliza para fabricar discos de vinilo.

Creosota: utilizada para tratar las traviesas de madera de los antiguos ferrocarriles.

Uretano: especie de corcho sintético de color blanco utilizado para embalajes.

Formaldehído: conservante usado en laboratorios forenses.

Polonio 210: metal sólido radioactivo altamente tóxico, con aspecto similar al plomo.

Experimento:

La Botella Fumadora

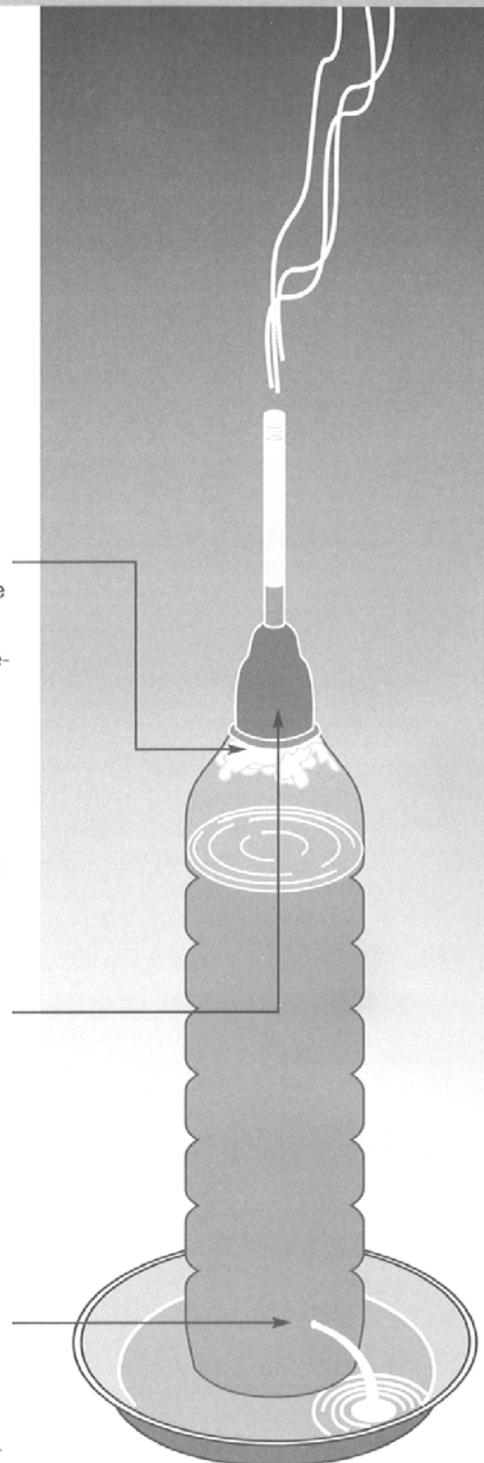
¿Qué material necesitamos?

- Una botella de plástico transparente de litro o litro y medio
- El tapón de la botella o una tetina de biberón
- Algodón
- Un cigarrillo
- Un recipiente hondo (de plástico, cerámica, etc.)
- Agua
- Fósforos o encendedor
- Cera o silicona
- Un *cutter* o similar, o unas tijeras con punta punzante.

Pasos para realizar el experimento

“La Botella Fumadora”

- Paso 1** Limpiar la botella y llenarla casi totalmente de agua.
- Paso 2** Introducir un algodón dentro del cuello de la botella de forma que el cuello de la botella quede totalmente taponado. Asegurar que no se moje el algodón.
- Paso 3** Practicar un agujero en el tapón de plástico de la botella con el *cutter*, procurando que se ajuste lo mejor posible a la forma y tamaño de la boquilla del cigarrillo. Si no disponemos de *cutter* lo haremos con un objeto similar que pinche y corte bien (navaja, cuchillo, tijeras...). En caso de optar por la utilización de una tetina de biberón en lugar del tapón de la botella: ampliar el agujero de la tetina de forma que en él se pueda introducir el cigarrillo. Introducir el cigarrillo (en el tapón o en la tetina) por el extremo del filtro.
- Paso 4** Cerrar la botella con el tapón. Si hemos utilizado una tetina, colocar ésta en el cuello de la botella (que hemos taponado previamente con el algodón)
- Paso 5** Procurar que al tapar la botella con el tapón o la tetina, la botella quede herméticamente cerrada. Para asegurar bien el cierre, especialmente si usamos el tapón de la botella, se deben sellar las juntas con cera (de una vela), silicona u otro material similar.
- Paso 6** Colocar la botella en el recipiente.
- Paso 7** Encender el cigarrillo y, seguidamente y de forma rápida, hacer un agujero en la base de la botella con la punta punzante de las tijeras.
- Paso 8** Dejar que la botella vaya “fumando” el cigarrillo y cuando éste se haya consumido por completo, quitar el tapón o la tetina y observar lo que le ha sucedido al algodón y qué ha quedado dentro de la botella.



Conclusiones

Completar conjuntamente las preguntas post-experimento que figuran a continuación:

Fecha de realización del experimento: | | | | |

¿Quiénes participan en el experimento?: | | | | |

1 ¿Qué le ha pasado al algodón?

| | | | |

2 ¿En este experimento qué representan el algodón y la tetina/tapón?

El algodón representa...

| | | | |

| | | | |

La tetina/tapón representa...

| | | | |

| | | | |

3 ¿Qué ha quedado dentro de la botella?

| | | | |

4 ¿Qué relación hay entre lo observado en el experimento y el fumar de una persona?

| | | | |

| | | | |

5 En base a lo observado en el experimento ¿de qué forma fumar tabaco puede dificultar el proceso de la respiración de una persona?

| | | | |

| | | | |

6 ¿Deberían los paquetes de cigarrillos proporcionar la información sobre todos los ingredientes que componen el tabaco y el humo del tabaco?

NO SÍ

¿Por qué motivo?

| | | | |

| | | | |



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

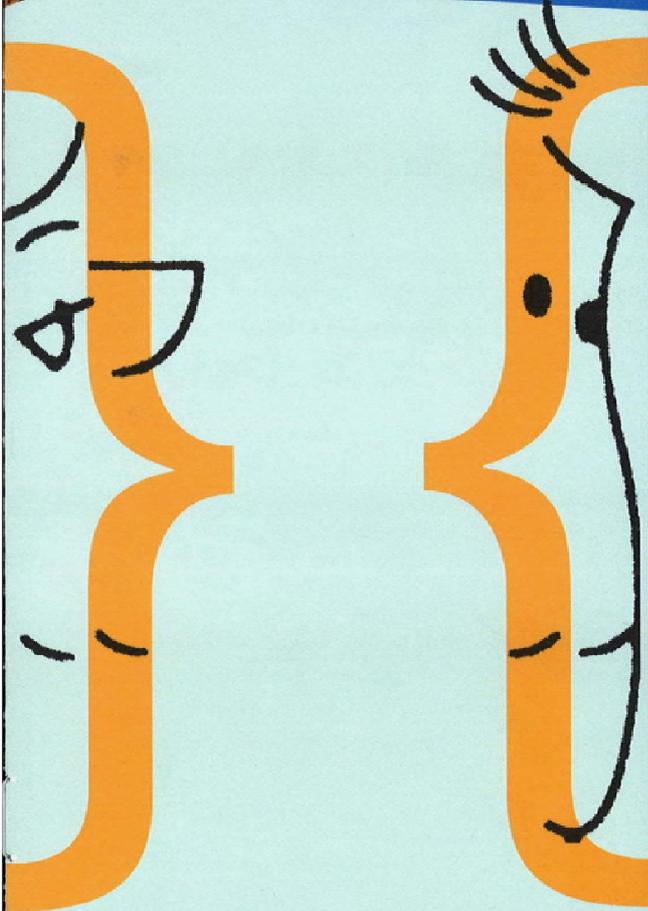
Comunidad de Madrid

Hablemos del tabaco en casa

Ficha 3



**Estudio de
las estrategias
de promoción
del tabaco**



EQUIPO INVESTIGADOR:
PADRE, MADRE, ALUMNO/A



¿Qué debemos saber para realizar esta actividad?

En España la industria del tabaco pierde más de 400 clientes por día. Esta cifra es el resultado de sumar el número de personas que diariamente dejan de fumar y las que mueren prematuramente debido al consumo de tabaco. Por ello, la industria tabacalera se ve obligada a renovar su clientela con el fin de no perder mercado. Y al igual que otras industrias, utiliza diversas estrategias de promoción, por ser muy eficaces para mantener o aumentar su mercado.

En nuestro país, como en el resto de países de la Unión Europea, la Ley prohíbe la publicidad directa e indirecta del tabaco. Es decir, aquí es ilegal toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial cuyo objetivo o efecto directo o indirecto sea la promoción de un producto o una marca de tabaco.

A pesar de ello, en la actualidad nos hallamos todavía expuestos a imágenes que intentan hacer atractivo el uso del tabaco, en especial para la población más joven (niños, adolescentes y jóvenes). Se trata de estrategias de promoción muy sutiles y diversas que intentan presentar ante la sociedad una imagen atractiva del tabaco y de su consumo: difusión de imágenes de personas o personajes famosos fumando en películas o series de televisión, comercialización de ropa deportiva con nombres de marcas de tabaco, etc.

La industria niega dirigirse al público infantil y adolescente; sin embargo, en documentos internos de las compañías tabacaleras, hechos públicos por orden judicial y accesibles actualmente en Internet, podemos ver cómo la población más joven es considerada por las multinacionales del tabaco como **"el negocio del mañana"**.

Dado el potente impacto que tiene la promoción y el patrocinio del tabaco en edades tempranas, el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco no son actos de libertad, como se suele plantear, sino en gran medida el resultado de una estrategia de mercado muy bien pensada.

Existe por otra parte lo que llamamos la **"contrapublicidad"**, que realizan fundamentalmente las autoridades sanitarias para promover estilos de vida libres del tabaco, así como para contribuir a que la sociedad pueda defenderse de las estrategias de promoción impulsadas por la industria tabacalera. Se utilizan para ello las mismas estrategias publicitarias que utiliza la industria pero dirigiendo el mensaje a favor de una vida libre del tabaco, enfatizando los beneficios que conlleva y/o señalando los riesgos de fumar.



Propuesta de trabajo

El equipo investigador tiene que observar las fotos que aparecen a continuación y leer la información complementaria que acompaña a cada una.

FOTO 1

Altadis es una empresa tabacalera franco-española. Este anuncio se colocó en San Sebastián, coincidiendo con el Festival de Cine de esta ciudad en el año 2006.



FOTO 2

Chicas uniformadas de blanco y rojo, desfilando en 2005 en el Gran Premio Marlboro de España de Fórmula 1, que se celebra cada año en el Circuito de Montmeló.



FOTO 3

Artista de cine famoso actuando en una película.

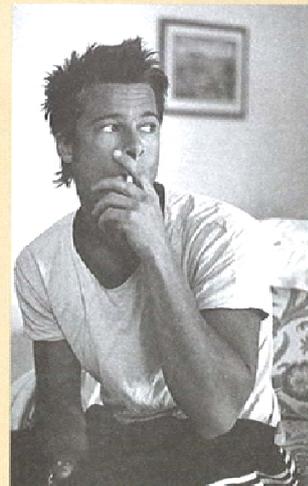




FOTO 4
No smoking !!! (¡¡¡No fumar!!!)
Nicotinell: marca comercial de chicles de nicotina que ayudan a dejar de fumar.



FOTO 5
Anuncio publicitario de pantalones vaqueros, que llevan el nombre de una marca de tabaco.



FOTO 6
Señal de tráfico ubicada en una calle de un país iberoamericano.



FOTO 7
Cartel publicado y difundido en Europa por una empresa multinacional del tabaco.



FOTO 8
Dos prestigiosos pilotos de motociclismo se saludan al final de una competición.

Una vez observadas las fotos y la información complementaria que las acompaña, comentar qué nos sugieren y responder a las siguientes preguntas.

- 1** ¿En cuáles de estas imágenes se realiza publicidad o propaganda, directa o indirecta, de productos del tabaco?

|_____

|_____

|_____

- 2** ¿En cuáles de estas imágenes se realiza contrapublicidad del tabaco?

|_____

|_____

|_____

- 3** Observando estas imágenes explicar para cada una cómo funciona la imagen publicitaria. ¿Por qué lo que vemos es publicidad o propaganda, o contra-publicidad, de productos de tabaco?

Foto 1 |_____

|_____

|_____

Foto 2 |_____

|_____

|_____

Foto 3 |_____

|_____

|_____

Foto 4 |_____

|_____

|_____

Foto 5 | _____
| _____
| _____

Foto 6 | _____
| _____
| _____

Foto 7 | _____
| _____
| _____

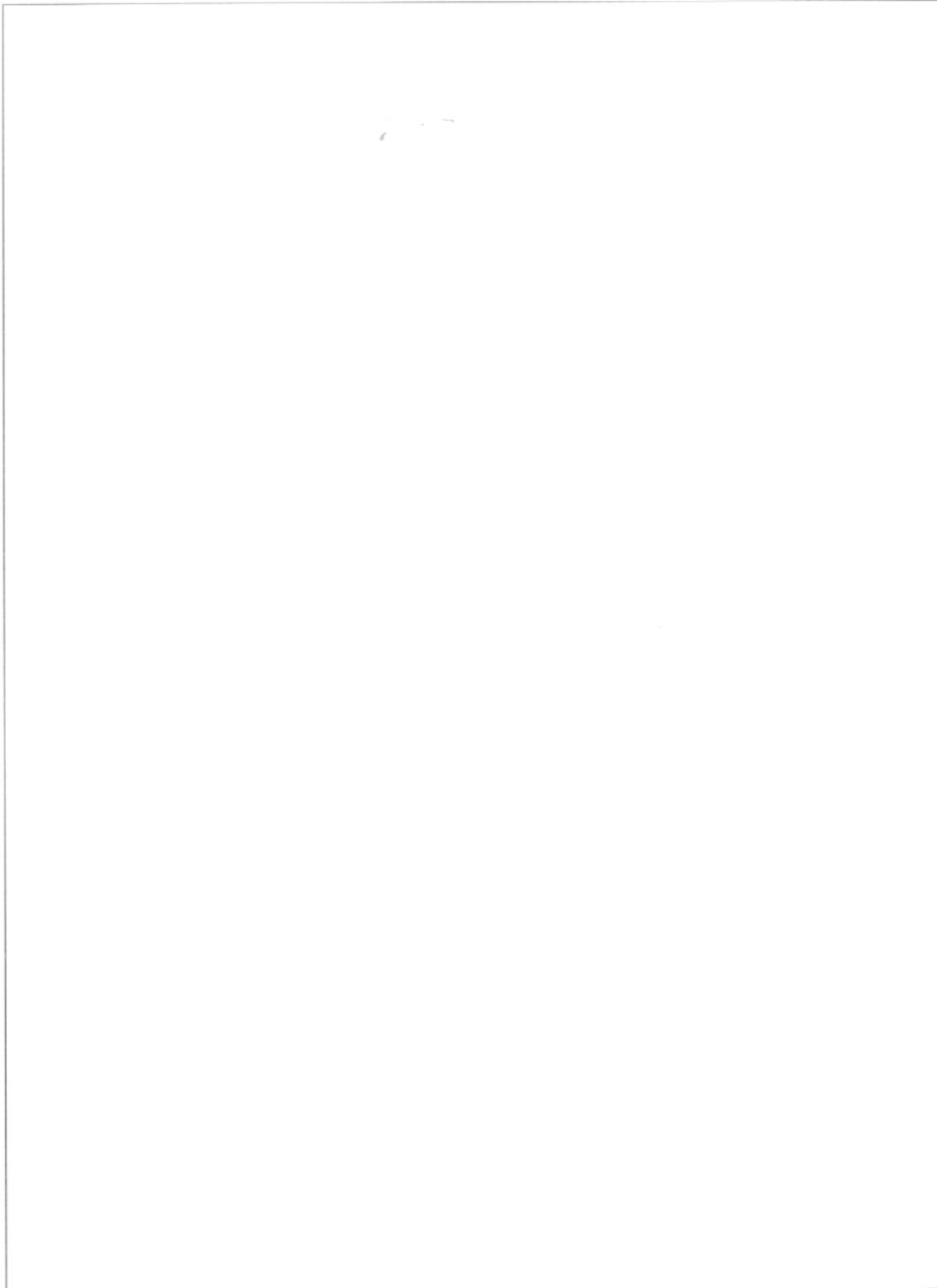
Foto 8 | _____
| _____
| _____

4 Proponer un contra-anuncio de tabaco (descrito o dibujado).

Opción A. Descripción.

| _____
| _____
| _____
| _____
| _____

Opción B. Dibujo. (Utiliza la siguiente página)



ANEXO V

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la población estudiada y tasa de respuesta por curso y grupo de intervención. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

	Alumnos grupo Intervención		Alumnos grupo Control	
	n	Tasa de respuesta	n	Tasa de respuesta
Nº centros	45		47	
Muestra original				
1º ESO	3665	100%	3772	100%
2º ESO	2749	82,6%	2944	85,1%
3º ESO	2016	60,5%	2097	60,6%
4º ESO	1679	45,8%	1684	46,0%

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 2. Distribución de la población estudiada según país de nacimiento sexo y curso escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

	HOMBRES n=1617	MUJERES n=1746	AMBOS n=3363
País de nacimiento	%	%	%
España	91,0	89,2	90,1
Otro país	9,0	10,8	9,9
Curso	Edad media (DE)	Edad media (DE)	Edad media (DE)
1º ESO	12,6 (0,52)	12,6 (0,49)	12,6 (0,50)
2º ESO	13,6 (0,52)	13,6 (0,48)	13,6 (0,50)
3º ESO	14,9 (0,52)	14,9 (0,47)	14,9 (0,50)
4º ESO	15,7 (0,53)	15,6 (0,49)	15,6 (0,51)

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 3. Descripción de la muestra según sexo, país de nacimiento y edad según grupo de intervención. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

	GRUPO INTERVENCIÓN N=1491	GRUPO CONTROL N=1468
Sexo	%	%
Hombre	46,6	49,6
Mujer	53,4	50,4
País de nacimiento	%	%
España	91,8	90,7
Otro país	8,2	9,3
Edad	Media	Media
1º ESO	12,55	12,53
2º ESO	13,54	13,58
3º ESO	14,86	14,83
4º ESO	15,54	15,51

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 4. Características de país de nacimiento materno y paterno según el grupo de intervención. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

	PAÍS DE NACIMIENTO	TODOS	INTERVENCIÓN	CONTROL
AMBOS SEXOS	MADRE	%	%	%
	España	87,3	88,2	86,4
	Otro país	12,7	11,8	13,6
	PADRE	%	%	%
	España	88,4	88,3	88,5

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 5. Características de la situación laboral materna y paterna según el grupo de intervención. Alumnos de 1º-4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

SITUACIÓN LABORAL	TODOS %	INTERVENCIÓN %	CONTROL %
Madre			
Trabaja	72,9	73,6	72,2
Tareas de casa sólo	21,0	20,5	21,4
En paro	5,6	5,6	5,6
Jubilada	0,6	0,5	0,8
Padre			
Trabaja	93,1	93,5	92,8
Tareas de casa sólo	0,4	0,4	0,4
En paro	4,7	4,0	5,4
Jubilado	1,8	2,2	1,5
NIVEL EDUCATIVO			
Madre			
No estudios /Estudios primarios	10,6	10,4	10,8
Estudios secundarios	44,2	42,7	45,6
Estudios universitarios	45,2	46,9	46,3
Padre			
No estudios/ Estudios primarios	10,8	9,9	11,6
Estudios secundarios	41,8	40,0	43,7

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 6. Prevalencia de consumo de tabaco, tras las intervenciones educativas anuales, por grupo de intervención. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

Consumo tabaco		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		Inter.	Control	Inter.	Control	Inter.	Control
No fumador	%	85,1	85,8	68,5	68,7	60,0	60,7
	IC 95%	83,3-86,9	84,0-87,6	66,1-70,8	66,3-71,1	57,5-62,5	58,2-63,2
Experimentador	%	11,7	11,1	19,0	21,6	22,2	22,5
	IC 95%	10,1-13,4	9,5-12,7	17,0-21,0	19,5-23,8	20,1-24,4	20,4-24,7
Fumador ocasional	%	1,8	1,8	5,7	5,4	7,5	7,4
	IC 95%	1,1-2,5	1,1-2,5	44,9-68,5	42,6-65,9	6,2-8,8	6,1-8,8
Fumador semanal	%	0,4	0,5	2,9	1,6	3,8	3,2
	IC 95%	0,1-0,7	0,1-0,8	2,1-3,8	0,9-2,2	2,8-4,8	2,3-4,1
Fumador diario	%	0,3	0,5	2,4	1,5	4,3	4,3
	IC 95%	0,04-0,6	0,1-0,8	1,6-3,1	0,9-2,1	3,3-5,4	3,3-5,4
Exfumador	%	0,6	0,3	1,6	1,2	2,1	1,9
	IC 95%	0,2-1,0	0,04-0,6	1,0-2,3	0,6-1,7	1,4-2,8	1,2-2,6

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 7 y 8. Están insertadas en el informe.

Tabla 7. Resultados del análisis multivariante por intención de tratar en cada uno de los tres tipos de consumo (cualquier tipo de consumo, cualquier tipo de consumo excepto experimentadores y consumo al menos mensual). Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

	EVALUACIÓN	GRUPO	N	%	OR**	IC95%	P
	CUALQUIER TIPO DE CONSUMO	12 meses	Control	206	14,2	1	
Intervención			220	14,9	1,08	0,88-1,33	0,473
24 meses		Control	456	31,3	1		
		Intervención	467	31,5	0,96	0,82-1,13	0,622
36 meses		Control	573	39,3	1		
		Intervención	591	34,0	1,02	0,88-1,19	0,765
	EVALUACIÓN	GRUPO	N	%	OR**	IC95%	P
CUALQUIER TIPO DE CONSUMO EXCEPTO EXPERIMENTADORES	12 meses	Control	45	3,1	1		
		Intervención	47	3,2	1,00	0,66-1,53	0,987
	24 meses	Control	141	9,7	1		
		Intervención	186	12,6	1,25	0,99-1,58	0,061
	36 meses	Control	245	16,8	1		
		Intervención	262	17,7	1,05	0,87-1,28	0,589
	EVALUACIÓN	GRUPO	N	%	OR**	IC95%	P
FUMADORES CON FRECUENCIA AL MENOS MENSUAL	12 meses	Control	19	1,5	1		
		Intervención	19	1,5	1,07	0,56-2,06	0,828
	24 meses	Control	62	5,8	1		
		Intervención	110	9,8	1,57	1,13-2,18	0,007*
	36 meses	Control	147	14,3	1		
		Intervención	150	14,5	1,02	0,79-1,30	0,900

* $p < 0.05$; ** Datos ajustados por edad, sexo y país de nacimiento.

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 8. Resultados del análisis multivariante según análisis de la eficacia de la intervención en fumadores de cualquier frecuencia, incluidos experimentadores, frente a no fumadores. Alumnos de 2º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

EVALUACIÓN	GRUPO	N	%	OR**	IC95%	p(*)
12 meses	Control	43	15,4	1		
	Intervención Incompleta	190	14,7	0,98	0,68-1,42	0,941
	Intervención Completa	27	16,8	1,1	0,64-1,88	0,732
24 meses	Control	47	38,8	1		
	Intervención Incompleta	443	31,5	0,66	0,45-0,98	0,040*
	Intervención Completa	22	31,0	0,59	0,31-1,11	0,101
36 meses	Control	32	42,7	1		
	Intervención Incompleta	564	40,0	0,87	0,54-1,39	0,552
	Intervención Completa	26	39,4	0,75	0,38-1,49	0,409

* $p < 0.05$; ** Datos ajustados por edad, sexo y país de nacimiento

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 9. Distribución de la población estudiada según país de nacimiento, situación laboral, nivel educativo de los padres por grupo de intervención y sexo. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

	HOMBRES n=1617	MUJERES n=1746	AMBOS n=3363
PAÍS DE NACIMIENTO			
Madre	%	%	%
España	86,9	85,8	86,4
Otro país	13,1	14,2	13,6
Padre	%	%	%
España	88,7	86,2	87,4
Otro país	11,3	13,8	12,6
SITUACIÓN LABORAL			
Madre	%	%	%
Trabaja	74,3	72,4	77,3
Tareas de casa sólo	19,6	21,7	20,7
En paro	5,2	5,6	5,4
Jubilada	0,9	0,3	0,6
Padre	%	%	%
Trabaja	92,9	93,0	92,9
Tareas de casa sólo	0,3	0,4	0,4
En paro	5,0	4,7	4,8
Jubilado	1,8	1,9	1,9
NIVEL EDUCATIVO			
Madre	%	%	%
No estudios	0,7	0,7	0,7
Estudios primarios	10,6	10,5	10,6
Estudios secundarios	43,3	45,5	44,4
Estudios universitarios	45,4	43,3	44,3
Padre	%	%	%
No estudios	1,0	0,6	0,8
Estudios primarios	9,5	11,6	10,6
Estudios secundarios	41,8	43,1	42,5
Estudios universitarios	47,8	44,6	46,1

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 10. Distribución de la población estudiada según la situación ante el consumo de tabaco de los alumnos por año escolar y sexo. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

CONSUMO TABACO		1º ESO %	2º ESO %	3º ESO %	4º ESO %	
HOMBRES	No fumador	88,44	78,11	66,71	60,73	
		86,9-90,0	76,1-80,1	64,4-69,0	58,3-63,1	
	Experimentador	9,82	16,54	21,01	22,64	
		8,4-11,3	14,7-18,4	19,0-23,0	20,6-24,7	
	Fumador ocasional	1,12	3,11	5,24	6,44	
		0,6-1,6	2,3-4,0	4,1-6,3	5,2-7,6	
	Fumador semanal	0,25	0,87	2,18	2,81	
		0,01-0,5	0,4-1,3	1,5-2,9	2,0-3,6	
	Fumador diario	0,0	0,75	3,18	5,38	
		0	0,3-1,2	2,3-4,0	4,3-6,5	
	Exfumador	0,37	0,62	1,68	2,00	
		0,1-0,7	0,2-1,0	1,1-2,3	1,3-2,7	
	MUJERES	No fumador	88,23	76,4	57,01	48,7
			86,7-89,7	74,4-78,4	54,7-59,3	46,3-51,1
Experimentador		8,96	16,1	24,75	25,48	
		76,2-10,3	14,4-17,8	22,7-26,8	23,4-27,5	
Fumador ocasional		1,49	3,84	7,62	9,74	
		0,9-2,1	2,9-4,7	6,4-8,9	8,3-11,1	
Fumador semanal		0,57	1,63	4,1	5,59	
		0,2-0,9	1,0-2,2	3,2-5,0	4,5-6,7	
Fumador diario		0,34	1,16	4,44	7,72	
		0,1-0,6	0,7-1,7	3,5-5,4	6,5-9,0	
Exfumador		0,4	0,87	2,08	2,77	
		0,1-0,7	0,4-1,3	1,4-2,7	1,3-2,7	
AMBOS		No fumador	88,33	77,22	61,67	54,47
			87,2-89,4	75,8-78,6	60,0-63,3	52,8-56,2
	Experimentador	9,37	16,32	22,95	24,12	
		8,4-10,4	15,1-17,6	21,5-24,4	22,7-25,6	
	Fumador ocasional	1,31	3,49	6,47	8,16	
		0,9-1,7	2,9-4,1	5,6-7,3	7,2-9,1	
	Fumador semanal	0,42	1,26	3,18	4,26	
		0,2-0,6	0,9-1,6	2,6-3,8	3,6-4,9	
	Fumador diario	0,18	0,96	3,84	6,60	
		0,04-0,3	0,6-1,3	3,2-4,5	5,8-7,4	
	Exfumador	0,39	0,75	1,89	2,40	
		0,2-0,6	0,5-1,0	1,4-2,3	1,9-2,9	

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 11. Distribución de las respuestas sobre la intención de fumar a 1 y 5 años, por sexo y curso escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

¿CREES QUE EN ALGÚN MOMENTO DENTRO DE LOS PRÓXIMOS 12 MESES FUMARAS ALGÚN CIGARRILLO?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Sí, seguro que fumaré	%	1,6	2,2	4,3	5,1	8,8	13,1	12,0	17,3
	IC95%	0,9-2,1	1,5-2,9	3,3-5,3	4,1-6,1	7,4-10,2	11,5-14,7	10,4-13,6	15,5-19,1
Creo que sí	%	2,9	2,9	3,5	6,8	5,3	6,7	6,3	9,9
	IC95%	2,1-3,7	2,1-3,7	2,6-4,4	5,6-7,9	4,2-6,4	5,5-7,8	5,1-7,5	8,5-11,3
Creo que no	%	8,7	8,6	11,6	12,2	13,0	14,6	13,7	14,2
	IC95%	7,3-10,1	7,3-9,9	9,6-12,7	10,7-13,7	11,4-14,7	13,0-16,3	12,0-15,3	12,5-15,8
No seguro que no fumaré	%	77,9	76,9	70,6	62,7	61,8	50,4	57,0	45,4
	IC95%	75,8-79,9	74,9-78,8	68,4-72,8	60,4-64,9	59,4-64,1	48,1-52,8	54,6-59,4	43,0-49,7
No lo sé	%	9,0	9,4	10,5	13,3	11,1	15,2	11,0	13,3
	IC95%	7,6-10,4	8,0-10,8	9,0-12,0	11,7-14,9	9,6-12,6	13,5-16,9	9,5-12,6	11,7-14,8

¿CREES QUE EN ALGÚN MOMENTO DENTRO DE LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS FUMARAS ALGÚN CIGARRILLO?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Sí, seguro que fumaré	%	3,2	4,1	6,6	8,2	11,0	14,6	13,3	19,4
	IC95%	2,3-4,0	3,2-5,1	5,4-7,9	6,9-9,5	9,5-12,5	12,9-16,2	11,7-15,0	17,5-21,2
Creo que sí	%	7,1	7,8	8,5	11,5	8,7	12,3	9,1	12,8
	IC95%	5,9-8,4	6,5-9,0	7,1-9,9	10,0-13,0	7,3-10,0	10,8-13,9	7,6-10,4	11,2-14,4
Creo que no	%	17,6	16,6	17,8	18,7	20,2	19,0	20,1	18,9
	IC95%	15,8-19,5	14,8-18,3	15,9-19,7	16,9-20,6	18,3-22,2	17,1-20,8	18,1-22,0	17,1-20,8
No seguro que no fumaré	%	54,6	50,6	18,7	37,3	41,7	29,7	38,8	27,3
	IC95%	52,2-57,0	48,3-53,0	46,3-51,2	35,1-39,6	39,2-44,1	27,5-31,8	36,4-41,2	25,2-29,4
No lo sé	%	17,5	20,9	18,3	24,2	18,4	24,5	18,8	21,6
	IC95%	15,6-19,4	19,0-22,8	16,4-20,2	22,2-26,3	16,5-20,3	22,5-26,5	16,9-20,7	19,7-23,5

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 12. Distribución de las respuestas sobre actitud y creencias (7 ítems) por sexo y curso escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid

SI FUMARA (O SI FUMO)	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Sería muy malo para mi	%	93,8	93,8	91,1	91,6	88,5	89,2	85,8	88,0
	IC95%	92,6-94,9	92,6-94,9	89,8-92,5	90,3-92,9	86,9-90,0	87,7-90,7	84,1-87,5	86,5-89,6
Sería un poco malo para mi	%	5,0	4,8	7,1	7,1	9,6	9,4	11,5	10,2
	IC95%	3,9-6,0	3,8-5,8	5,9-8,4	6,0-8,4	8,2-11,0	8,0-10,8	9,9-13,0	8,8-11,6
No sería malo para mi	%	0,4	0,5	1,2	0,4	1,1	0,8	1,4	0,9
	IC95%	0,1-0,7	0,1-0,8	0,7-1,8	0,1-0,7	0,6-1,6	0,3-1,2	0,8-1,9	0,5-1,4
No sé si sería malo para mi	%	0,9	1,0	0,5	0,8	0,9	0,6	1,4	0,9
	IC95%	0,5-1,4	0,5-1,4	0,2-0,8	0,4-1,2	0,4-1,3	0,3-1,0	0,8-2,0	0,4-1,3

SI FUMARA (O SI FUMO)	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Me sentiría mucho más seguro/a ante mis compañeros/as	%	6,3	4,5	4,2	3,6	2,1	1,4	2,7	1,3
	IC95%	5,1-7,4	3,5-5,4	3,2-5,1	2,7-4,4	1,4-2,8	0,8-1,9	1,9-3,5	0,7-1,8
Me sentiría un poco más seguro/a ante mis compañeros/as	%	1,6	1,7	2,4	2,2	2,4	3,1	2,3	2,5
	IC95%	1,0-2,2	1,1-2,3	1,6-3,1	1,5-3,0	1,7-3,2	2,3-3,9	1,6-3,0	1,8-3,3
No me sentiría ni más ni menos seguro/a ante mis compañeros/as	%	27,0	27,8	38,6	43,6	52,1	60,9	59,5	66,7
	IC95%	24,9-29,2	25,7-29,9	36,2-41	41,3-46,0	49,6-54,5	58,6-63,2	57,1-62,0	64,5-69,0
Me sentiría un poco menos seguro/a ante mis compañeros/as	%	1,1	0,9	1,8	1,2	1,7	1,2	1,2	1,0
	IC95%	0,6-1,5	0,4-1,3	1,1-2,4	0,7-1,7	1,1-2,4	0,7-1,7	0,7-1,8	0,5-1,4
Me sentiría mucho menos seguro/a ante mis compañeros/as	%	7,7	8,7	5,5	3,6	4,5	2,5	2,5	1,8
	IC95%	6,4-9,0	7,4-10,0	4,4-6,6	2,7-4,4	3,5-5,5	1,8-3,2	1,8-3,3	1,2-2,4
No lo sé	%	56,4	56,5	47,6	45,8	37,1	30,9	31,7	26,8
	IC95%	54,0-58,8	54,1-58,8	45,1-50,0	43,7-48,1	34,8-39,5	28,7-33,1	29,4-33,9	24,7-28,8

SI FUMARA (O SI FUMO) Opinaría que:	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Es una gran estupidez por mi parte	%	83,3	85,6	81,5	79,6	76,2	76,8	74,0	76,8
	IC95%	83,6-87,0	84,0-87,3	79,6-83,4	77,7-81,5	74,1-78,3	74,8-78,8	71,8-76,1	74,8-78,8
Es una pequeña estupidez por mi parte	%	4,9	5,4	6,3	7,9	9,9	11,2	11,2	10,9
	IC95%	3,9-6,0	4,4-6,5	5,1-7,4	6,6-9,1	8,4-11,3	9,7-12,7	9,7-12,7	9,4-12,4
No es ninguna estupidez por mi parte	%	1,5	1,0	2,4	1,6	3,0	2,2	4,9	2,8
	IC95%	8,9-2,1	5,6-1,5	1,7-3,2	1,0-2,2	2,2-3,9	1,5-2,9	3,8-5,9	2,0-3,5
No lo sé	%	8,3	7,9	9,9	11,0	10,9	9,7	10,0	9,6
	IC95%	6,9-9,6	6,6-9,2	8,4-11,3	9,5-12,4	9,4-12,4	8,3-11,1	8,5-11,4	8,2-11,0

SI FUMARA (O SI FUMO)	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Me ayudaría mucho a relajarme	%	8,2	4,4	4,8	5,7	5,6	6,9	7,3	8,6
	IC95%	4,1-6,3	3,4-5,3	3,7-5,8	4,6-6,8	4,5-6,8	5,7-8,1	6,0-8,5	7,3-9,9
Me ayudaría un poco a relajarme	%	4,6	5,0	5,7	9,1	8,1	13,1	11,5	16,6
	IC95%	3,6-5,6	4,0-6,1	4,6-6,8	7,8-10,5	6,8-9,5	11,5-14,7	9,9-13,0	14,9-18,4
No me ayudaría a relajarme	%	42,7	41,9	41,3	38,2	39,2	38,1	36,8	36,6
	IC95%	40,3-45,1	39,6-44,2	38,9-43,7	35,9-40,4	36,9-41,6	35,8-40,4	34,4-39,1	34,3-38,8
No lo sé	%	47,5	48,7	48,2	47,0	47,0	41,8	44,5	38,2
	IC95%	45,1-49,9	46,3-51,0	45,8-50,6	44,6-49,3	44,6-49,4	39,5-44,1	42,1-46,9	35,9-40,5

SI FUMARA (O SI FUMO)	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Me ayudaría mucho a estar más delgado/a	%	3,5	4,0	4,0	3,5	1,6	3,1	1,9	2,4
	IC95%	2,6-4,4	3,1-4,9	3,1-5,0	2,6-4,4	1,0-2,2	2,3-3,9	1,2-2,5	1,7-3,1
Me ayudaría mucho a estar más delgado/a	%	3,0	4,6	2,8	6,6	3,2	6,0	3,2	7,5
	IC95%	2,2-3,9	3,6-5,6	2,0-3,6	5,4-7,7	2,4-4,1	4,9-7,1	2,3-4,0	6,2-8,7
No me ayudaría a estar más delgado/a	%	35,1	36,5	40,8	41,5	49,8	53,0	51,5	55,7
	IC95%	32,8-37,5	34,3-38,8	38,4-43,2	39,1-43,8	47,4-52,3	50,7-55,4	49,1-54,0	53,4-58,0
No lo sé	%	58,3	54,9	52,3	48,5	45,3	37,9	43,5	34,4
	IC95%	56,0-60,7	52,5-57,2	49,9-54,8	46,1-50,8	42,9-47,8	35,6-40,2	41,0-45,9	32,2-36,6

SI FUMARA (O SI FUMO)	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Me ayudaría mucho a estar más delgado/a	%	3,5	4,0	4,0	3,5	1,6	3,1	1,9	2,4
	IC95%	2,6-4,4	3,1-4,9	3,1-5,0	2,6-4,4	1,0-2,2	2,3-3,9	1,2-2,5	1,7-3,1
Me ayudaría mucho a estar más delgado/a	%	3,0	4,6	2,8	6,6	3,2	6,0	3,2	7,5
	IC95%	2,2-3,9	3,6-5,6	2,0-3,6	5,4-7,7	2,4-4,1	4,9-7,1	2,3-4,0	6,2-8,7
No me ayudaría a estar más delgado/a	%	35,1	36,5	40,8	41,5	49,8	53,0	51,5	55,7
	IC95%	32,8-37,5	34,3-38,8	38,4-43,2	39,1-43,8	47,4-52,3	50,7-55,4	49,1-54,0	53,4-58,0
No lo sé	%	58,3	54,9	52,3	48,5	45,3	37,9	43,5	34,4
	IC95%	56,0-60,7	52,5-57,2	49,9-54,8	46,1-50,8	42,9-47,8	35,6-40,2	41,0-45,9	32,2-36,6

UNA VEZ QUE SE EMPIEZA ¿CÓMO CREES QUE ES DE FÁCIL O DIFÍCIL DEJAR DE RUMAR?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Muy difícil	%	46,3	47,9	43,9	49,8	37,1	44,3	34,0	44,1
	IC95%	43,8-48,7	45,6-50,3	41,4-46,3	47,5-52,2	34,8-39,5	42,0-46,6	31,7-36,3	41,8-46,4
Bastante difícil	%	21,7	21,6	22,5	24,7	29,8	32,0	31,5	31,7
	IC95%	19,7-23,7	19,7-23,5	20,4-24,5	22,7-26,7	27,5-32,0	29,8-34,2	29,3-33,8	29,5-33,8
Ni fácil ni difícil	%	6,7	7,2	9,6	8,2	11,2	9,8	12,1	11,1
	IC95%	5,5-8,0	5,9-8,4	8,2-11,1	6,9-9,5	9,9-12,8	8,4-11,2	10,5-13,7	9,6-12,6
Bastante fácil	%	1,8	0,9	2,4	1,6	2,4	1,4	3,0	2,3
	IC95%	1,1-2,4	0,4-1,3	1,7-3,2	1,0-2,1	1,7-3,2	0,8-1,9	2,2-3,9	1,6-3,0
Muy fácil	%	2,6	2,0	3,2	1,9	3,0	2,7	4,2	1,9
	IC95%	1,8-3,4	1,3-2,6	2,4-4,1	1,3-2,5	2,2-3,9	1,9-3,5	3,2-5,1	1,3-2,5
No lo sé	%	20,9	20,5	18,4	13,8	10,4	9,8	15,2	8,9
	IC95%	18,9-22,9	18,6-22,4	16,5-20,3	12,2-15,4	14,6-18,2	8,4-11,2	13,4-16,9	7,6-10,3

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 13. Distribución de las respuestas sobre influencia social, ítems de norma subjetiva, por sexo y curso escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid

TANTO SI FUMO AHORA COMO SI COMENZARA A FUMAR PRÓXIMAMENTE, MI MADRE	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Estaría de acuerdo con ello	%	1,1	0,3	1,1	0,6	1,5	0,9	2,4	1,8
	IC95%	0,6-1,5	0,1-0,6	0,6-1,6	0,3-1,0	0,9-2,1	0,5-1,4	1,6-3,1	1,2-2,4
Quizás estaría de acuerdo con ello	%	0,6	0,7	1,1	1,3	1,5	1,3	1,9	1,6
	IC95%	0,2-1,0	0,3-1,1	0,6-1,6	0,7-1,8	0,9-2,1	0,8-1,9	1,2-2,6	1,0-2,2
Le daría igual	%	1,2	0,6	1,3	1,1	1,3	1,6	1,5	2,1
	IC95%	0,6-1,7	0,3-1,0	0,8-1,9	0,6-1,6	0,7-1,9	1,0-2,1	0,9-2,1	1,4-2,8
Quizás no estaría de acuerdo con ello	%	4,7	3,7	5,7	4,5	7,3	6,3	8,0	7,0
	IC95%	3,7-5,7	2,8-4,6	4,6-6,1	3,5-5,4	6,0-8,6	5,1-7,4	6,7-9,3	5,8-8,2
No estaría de acuerdo con ello	%	85,5	88,5	84,5	86,9	83,1	86,4	79,1	83,8
	IC95%	83,7-87,2	87,0-90,0	82,8-86,3	85,3-88,5	81,2-84,9	84,8-88,0	77,1-81,1	82,0-85,5
No lo sé	%	6	5,2	5,0	4,8	4,2	2,7	5,9	2,9
	IC95%	4,8-7,2	4,2-6,3	3,9-6,0	3,8-5,8	3,2-5,1	1,9-3,5	4,7-7,0	2,1-3,7
No tengo o no vivo con ella	%	1,0	0,9	1,2	0,9	1,2	0,9	1,3	0,9
	IC95%	5,1-1,5	4,7-1,4	0,7-1,8	0,4-1,3	0,7-1,7	0,4-1,3	0,7-1,9	0,4-1,3

TANTO SI FUMO AHORA COMO SI COMENZARA A FUMAR PRÓXIMAMENTE, MI PADRE	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Estaría de acuerdo con ello	%	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,3	2,2	1,3
	IC95%	0,2-0,8	-0,02-0,4	0,2-0,9	0,01-0,5	0,4-1,2	0,03-0,5	1,5-2,9	0,8-1,9
Quizás estaría de acuerdo con ello	%	0,7	0,5	0,5	1,0	1,0	0,9	1,2	1,5
	IC95%	0,3-1,2	0,1-0,8	0,2-0,8	0,5-1,4	0,5-1,5	0,4-1,3	0,7-1,8	0,9-2,1
Le daría igual	%	1,2	0,8	1,6	1,3	2,0	2,3	3,0	2,5
	IC95%	0,7-1,8	0,4-1,2	1,0-2,2	0,7-1,8	1,3-2,7	1,6-3,0	2,2-3,9	1,8-3,3
Quizás no estaría de acuerdo con ello	%	5,4	3,6	7,5	4,4	6,6	6,0	8,1	7,1
	IC95%	4,3-6,5	2,7-4,4	6,2-8,8	3,4-5,4	5,4-7,8	4,9-7,1	6,8-9,4	5,9-8,3
No estaría de acuerdo con ello	%	81,9	86,8	81,1	85,0	81,2	83,1	75,8	80,3
	IC95%	80,1-83,8	85,2-88,4	79,2-83,0	83,4-86,7	79,3-83,1	81,3-84,9	73,7-77,9	78,5-82,2
No lo sé	%	6,3	4,6	5,0	4,8	4,2	3,0	5,3	2,9
	IC95%	5,1-7,5	3,7-5,6	4,0-6,1	3,8-5,8	3,2-5,2	2,2-3,8	4,2-6,4	2,1-3,7
No tengo o no vivo con él	%	3,8	3,6	3,7	3,3	4,2	4,5	4,3	4,3
	IC95%	2,9-4,8	2,7-4,5	2,8-4,6	2,5-4,2	3,2-5,1	3,5-5,4	3,3-5,3	3,3-5,3

TANTO SI FUMO AHORA COMO SI COMENZARA A FUMAR PRÓXIMAMENTE, LA MAYORÍA DE MIS <u>AMIGOS/AS</u> :	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Estarían de acuerdo con ello	%	3,1	2,1	3,2	3,1	4,2	3,4	5,4	4,3
	IC95%	2,2-3,9	1,4-2,7	2,4-4,1	2,2-3,9	3,2-5,1	2,5-4,2	4,2-6,5	3,3-5,2
Quizás estarían de acuerdo con ello	%	2,8	2,1	2,6	3,4	2,5	3,6	2,0	3,1
	IC95%	2,0-3,6	1,4-2,8	1,8-3,3	2,5-4,2	1,8-3,3	2,7-4,4	1,3-2,7	2,3-3,9
Les daría igual	%	30,1	19,2	30,8	20,6	34,2	24,1	31,4	25,9
	IC95%	28,6-33,1	17,4-21,1	28,6-33,1	18,7-22,5	31,9-36,6	22,1-26,1	29,1-33,6	23,8-27,9
Quizás no estarían de acuerdo con ello	%	13,0	19,5	19,1	23,9	22,8	27,4	23,7	29,7
	IC95%	11,4-14,6	17,6-21,3	17,2-21,1	21,9-25,9	20,8-24,9	25,3-29,5	21,6-25,7	27,6-31,9
No estarían de acuerdo con ello	%	27,0	36,3	25,1	34,1	23,3	33,1	25,2	30,6
	IC95%	24,9-29,2	34,1-38,6	22,9-27,2	31,9-36,4	21,3-25,4	30,9-35,3	23,1-27,3	28,4-32,7
No lo sé	%	23,2	20,8	19,2	15,0	12,9	8,5	12,4	6,5
	IC95%	21,1-25,3	18,9-22,7	17,3-21,1	13,3-16,6	11,3-14,5	7,2-9,8	10,8-14,0	5,3-7,6
Estarían de acuerdo con ello	%	3,1	2,1	3,2	3,1	4,2	3,4	5,4	4,3
	IC95%	2,2-3,9	1,4-2,7	2,4-4,1	2,2-3,9	3,2-5,1	2,5-4,2	4,2-6,5	3,3-5,2

TANTO SI FUMO AHORA COMO SI COMENZARA A FUMAR PRÓXIMAMENTE, MI <u>MEJOR AMIGO/A</u>	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Estaría de acuerdo con ello	%	2,5	1,7	3,0	3,4	4,0	3,4	6,0	4,8
	IC95%	1,8-3,3	1,1-2,3	2,2-3,9	2,6-4,3	3,1-5,0	2,6-4,3	4,8-7,1	3,8-5,8
Quizás estaría de acuerdo con ello	%	2,2	1,7	2,1	2,2	1,4	3,0	2,5	2,8
	IC95%	1,5-2,9	1,1-2,3	1,4-2,8	1,5-2,9	0,8-2,0	2,2-3,8	1,7-3,2	2,0-3,6
Le daría igual	%	11,9	5,8	13,3	8,1	16,1	10,2	16,9	12,6
	IC95%	10,4-13,5	4,7-6,9	11,6-14,9	6,8-9,4	14,3-17,9	8,8-11,6	15,1-18,8	11,0-14,1
Quizás no estaría de acuerdo con ello	%	16,2	14,1	16,8	15,1	20,2	17,4	17,7	17,1
	IC95%	14,4-18,0	12,5-15,7	14,9-18,6	13,4-16,8	18,3-22,2	15,6-19,2	15,9-19,6	15,3-18,9
No estaría de acuerdo con ello	%	48,8	63,5	49,0	61,6	47,6	60,1	47,1	58,5
	IC95%	46,3-51,2	61,2-65,0	46,6-51,4	59,3-63,8	45,2-50,1	57,8-62,4	44,6-49,5	56,1-60,8
No lo sé	%	18,4	13,2	15,8	9,6	10,6	5,9	9,8	4,3
	IC95%	16,5-20,3	11,6-14,8	14,0-17,6	8,2-11,0	9,1-12,1	4,7-7,0	8,3-11,3	3,3-5,3
Estaría de acuerdo con ello	%	2,5	1,7	3,0	3,4	4,0	3,4	6,0	4,8
	IC95%	1,8-3,3	1,1-2,3	2,2-3,9	2,6-4,3	3,1-5,0	2,6-4,3	4,8-7,1	3,8-5,8

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 14. Distribución de las respuestas sobre influencia social, ítems de norma social, por sexo y curso escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

¿FUMA ALGUIEN EN TU CASA EN TU PRESENCIA?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
No son fumadores ninguno de los que viven conmigo	%	43,8	42,8	43,9	42,0	44,5	42,2	45,0	41,6
	IC95%	41,4-46,3	40,4-45,1	41,5-46,3	39,6-44,3	42,1-46,9	39,9-44,5	42,6-47,5	39,3-43,9
Aunque alguno fuma, nunca lo hace en mi presencia	%	17,8	15,1	15,8	13,6	14,4	12,8	14,2	12,5
	IC95%	15,9-19,7	13,4-16,8	14,0-17,6	12,0-15,3	12,7-16,2	11,2-14,3	12,5-15,9	11,0-14,1
Algunas veces fuma alguien en mi presencia	%	22,0	25,3	22,9	23,8	22,6	22,9	22,6	22,9
	IC95%	20,0-24,0	23,3-27,4	20,8-24,9	21,8-25,8	20,5-24,6	20,9-24,9	20,6-24,6	20,9-24,8
La mayoría de los días fuma alguien en mi presencia	%	16,4	16,8	17,4	20,6	18,5	22,1	18,2	23,0
	IC95%	14,6-18,2	15,1-18,6	15,5-19,2	18,7-22,5	16,6-20,4	20,2-24,1	16,3-20,1	21,1-25,0

¿CUÁNTOS DE TUS AMIGOS/AS FUMAN?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Todos o casi todos	%	1,1	1,3	2,5	3,4	4,7	6,3	6,2	8,9
	IC95%	0,6-1,5	0,8-1,9	1,7-3,2	2,6-4,3	3,7-5,7	5,1-7,4	5,0-7,4	7,6-10,3
Más de la mitad	%	1,4	1,8	3,2	4,7	7,4	10,7	11,2	13,7
	IC95%	0,8-1,9	1,2-2,5	2,4-4,1	3,7-5,7	6,2-8,7	9,2-12,1	9,6-12,7	12,1-15,3
La mitad	%	1,9	2,1	3,2	5,0	7,3	9,9	10,7	12,4
	IC95%	1,2-2,5	1,4-2,8	2,4-4,1	4,0-6,0	6,0-8,6	8,5-11,3	9,2-12,2	10,8-13,9
Menos de la mitad	%	6,4	6,1	10,0	12,1	18,1	17,3	19,9	18,5
	IC95%	5,2-7,6	5,0-7,2	8,5-11,4	10,5-13,6	16,3-20,0	15,0-19,0	17,9-21,8	16,7-20,3
Casi nadie	%	21,3	20,8	32,5	28,5	33,1	30,9	30,4	27,9
	IC95%	19,3-23,3	18,9-22,7	30,2-34,8	26,3-30,6	30,8-35,4	28,7-33,0	28,2-32,7	25,8-30,1
Nadie	%	49,0	51,1	34,9	36,2	20,7	20,6	14,3	15,7
	IC95%	46,5-51,4	48,7-53,4	32,6-37,3	33,9-38,5	18,7-22,7	18,7-22,5	12,5-16,0	14,0-17,4
No lo sé	%	19,1	16,8	13,7	10,2	8,6	4,5	7,4	2,9
	IC95%	17,1-21,0	15,0-18,5	12,0-15,4	8,7-11,6	7,2-10,0	3,6-5,5	6,2-8,7	2,1-3,7

¿FUMA TU MEJOR AMIGO/A?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
SI	%	3,4	3,8	5,6	9,3	11,2	16,9	17,1	21,1
	IC95%	2,4-4,3	2,9-4,7	4,5-6,8	7,9-10,7	9,6-12,7	15,2-18,7	15,3-19,0	19,1-23,0
NO	%	96,6	96,2	94,4	90,3	84,3	80,6	78,2	76,6
	IC95%	95,7-97,5	95,3-97,1	92,9-95,3	88,8-91,7	82,5-86,0	78,7-82,4	76,2-80,2	74,6-78,6
No lo sé	%	0,1	0,0	0,3	0,4	4,6	2,5	4,7	2,4
	IC95%	-0,1-0,2	0,0	0,01-0,5	0,1-0,7	3,6-5,6	1,8-3,3	3,6-5,7	1,6-3,1

¿HAS VISTO FUMAR DENTRO DEL RECINTO ESCOLAR?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Si	%	48,5	47,9	49,0	45,3	47,4	43,6	43,3	37,1
	IC95%	46,1-51,0	45,6-50,3	46,6-51,4	42,9-47,6	44,9-49,8	41,3-46,0	40,8-45,7	34,8-36,4
No	%	51,5	52,1	51,0	54,7	52,6	56,4	56,7	62,9
	IC95%	49,0-53,9	49,7-54,4	48,6-53,4	52,4-57,1	50,2-55,0	54,0-58,7	54,3-59,2	60,6-65,2

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 15. Distribución de las respuestas sobre influencia social, ítems de percepción subjetiva y presión social, por sexo y curso escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

CUÁNTOS CREES QUE FUMAN DE LOS CHICOS Y CHICAS DE TU EDAD?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Casi todos	%	3,1	4,8	5,9	10,1	7,1	14,9	11,4	16,1
	IC95%	2,3-4,0	3,8-5,9	4,7-7,1	8,7-11,6	5,8-8,3	13,2-16,5	9,9-13,0	14,4-17,9
Más de la mitad	%	8,7	9,8	14,35	20,6	25,7	31,0	26,7	40,1
	IC95%	7,3-10,0	8,4-11,2	12,6-16,1	18,7-22,5	23,6-27,8	28,8-33,2	24,5-28,8	37,8-42,4
La mitad aproximadamente	%	12,3	15,3	23,9	26,8	30,0	30,4	32,6	28,0
	IC95%	10,7-13,9	13,6-17,0	21,8-25,9	24,7-28,9	27,7-32,2	28,2-32,6	30,3-34,9	25,8-30,1
Menos de la mitad	%	16,4	14,8	24,4	20,6	25,8	18,2	22,4	13,6
	IC95%	14,6-18,2	13,1-16,4	22,3-26,5	18,7-22,5	23,6-27,9	16,4-20,0	20,4-24,5	11,9-15,2
Pocos	%	29,9	28,5	22,0	15,9	9,7	4,5	5,8	2,0
	IC95%	27,6-32,1	26,3-30,6	20,0-24,0	14,2-17,6	8,2-11,1	3,5-5,4	4,7-7,0	1,3-2,6
Casi nadie	%	29,7	26,9	9,5	6,1	1,8	1,1	1,1	0,3
	IC95%	27,5-31,9	24,8-28,9	8,1-10,9	5,0-7,2	1,2-2,4	0,6-1,6	0,6-1,6	0,03-0,5

ALGUNA VEZ HAS NOTADO PRESIÓN PARA FUMAR POR PARTE DE TUS HERMANOS/AS?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Muy a menudo	%	0,1	0	0,6	0,2	0,4	0	0,9	0,2
	IC95%	-0,06-0,2	0	0,2-1,0	0,01-0,5	0,1-0,8	0	0,4-1,3	-0,02-0,4
A menudo	%	0,1	0	0	0,2	0,1	0,1	0,4	0,1
	IC95%	-0,06-0,2	0	0	-0,02-0,4	-0,05-0,3	-0,04-0,3	0,07-0,7	-0,04-0,3
Algunas veces	%	0,7	0,4	0,6	0,7	85,3	0,5	1,1	0,9
	IC95%	0,3-1,1	0,1-0,7	0,2-1,0	0,3-1,1	0,6-1,6	0,1-0,8	0,6-1,6	0,5-1,4
Nunca	%	81,8	83,8	85,0	86,0	13,0	85,3	83,7	85,0
	IC95%	79,9-83,7	82,1-85,6	83,3-86,7	84,3-87,6	83,6	87,0	81,8-85,5	83,4-86,7
No tengo o no vivo con ellos	%	17,4	15,8	13,8	13,0	13,0	14,1	14,0	13,8
	IC95%	15,6-19,3	14,1-17,5	12,1-15,4	11,4-14,5	11,4-14,7	12,5-15,7	12,3-15,7	12,1-15,4

¿ALGUNA VEZ HAS NOTADO PRESIÓN PARA FUMAR POR PARTE DE TUS AMI8GOS/AS?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Muy a menudo	%	0,3	0,2	0,7	0,3	0,4	0,2	1,0	0,3
	IC95%	0,04-0,6	-0,02-0,4	0,3-1,1	0,1-0,6	0,1-0,8	0,01-0,5	0,5-1,5	0,03-0,5
A menudo	%	0,4	0,4	0,3	0,3	0,6	0,3	0,8	0,4
	IC95%	0,1-0,7	0,1-0,7	0,03-0,6	0,1-0,6	0,2-1,0	0,1-0,6	0,4-1,2	0,1-0,7
Algunas veces	%	5,8	4,5	8,0	7,2	11,7	9,6	13,5	11,3
	IC95%	4,6-6,9	3,6-5,5	6,7-9,3	6,0-8,4	10,1-13,3	8,2-11,0	11,8-15,2	9,8-12,8
Nunca	%	93,5	94,9	91,0	92,1	87,2	89,8	84,7	88,0
	IC95%	92,3-94,7	93,9-95,9	89,6-92,4	90,9-93,4	86,6-88,9	88,4-91,2	82,9-86,4	86,5-89,5

¿ALGUNA VEZ HAS NOTADO PRESIÓN PARA FUMAR POR PARTE DE TU MEJOR AMI8GO/A?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Muy a menudo	%	0,2	0	1,0	0,7	0,6	0,3	2,0	0,5
	IC95%	-0,02-0,4	0	0,5-1,5	0,3-1,1	0,2-0,9	0,03-0,5	1,3-2,7	0,2-0,9
A menudo	%	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2
	IC95%	-0,05-0,3	-0,02-0,4	-0,02-0,4	-0,02-0,4	-0,05-0,3	0,04-0,5	0,04-0,6	0,01-0,5
Algunas veces	%	1,1	0,6	1,5	1,8	2,5	1,3	2,4	2,1
	IC95%	0,6-1,6	0,2-0,9	0,9-2,1	1,2-2,4	1,7-3,2	0,7-1,8	1,7-3,2	1,4-2,7
Nunca	%	98,6	99,3	97,3	97,4	96,8	98,2	95,3	97,2
	IC95%	98,1-99,2	98,9-99,7	96,5-98,1	96,6-98,1	96,0-97,7	97,5-98,8	94,3-96,3	96,4-98,0

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 16. Distribución de las respuestas sobre autoeficacia (6 ítems), por sexo y curso escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

¿SERÍAS CAPAZ DE RECHAZAR UN CIGARRILLO PARA FUMÁRTELO SI TE LO OFRECIERA INSISTENTEMENTE TU MEJOR AMIGO/A?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Seguro que sí	%	74,2	76,0	71,9	69,7	72,6	68,9	72,9	68,2
	IC95%	72,0-76,3	74,0-78,0	69,7-74,1	67,5-71,9	70,4-74,7	66,8-71,1	70,7-75,1	66,0-70,4
Creo que sí	%	8,4	9,1	11,8	13,8	13,3	17,3	12,6	16,1
	IC95%	7,1-9,8	7,8-10,5	10,3-13,4	12,1-15,4	11,6-14,9	15,5-19,1	11,0-14,2	14,3-17,8
Creo que no	%	2,8	2,8	4,3	4,9	3,2	3,3	4,0	5,1
	IC95%	2,0-3,6	7,5-10,3	3,3-5,3	3,9-5,9	2,4-4,1	2,4-4,1	3,1-5,0	4,0-6,1
Seguro que no	%	8,9	6,1	6,7	4,4	5,3	4,4	5,7	5,0
	IC95%	2,0-3,6	5,0-7,3	5,5-7,9	3,4-5,3	4,2-6,4	3,4-5,4	4,6-6,8	3,6-5,6
No lo sé	%	5,8	6,0	5,3	7,3	5,7	6,1	4,8	6,1
	IC95%	4,6-6,9	4,9-7,1	4,2-6,4	6,1-8,5	4,5-6,8	5,0-7,2	3,7-5,8	5,0-7,2

¿SERÍAS CAPAZ DE RECHAZAR UN CIGARRILLO PARA FUMÁRTELO SI TE LO OFRECIERA INSISTENTEMENTE TU PADRE O MADRE?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Seguro que sí	%	75,4	80,0	74,6	79,0	76,0	78,6	76,4	76,7
	IC95%	73,3-77,5	77,8-81,6	72,4-76,7	77,1-80,9	73,8-78,0	76,7-80,5	74,3-78,5	74,5-78,7
Creo que sí	%	7,4	7,1	8,4	9,4	10,2	10,7	10,7	11,4
	IC95%	6,1-8,7	5,9-8,3	7,0-9,7	8,0-10,8	8,7-11,6	9,3-12,2	9,2-12,2	9,9-12,9
Creo que no	%	2,2	1,4	2,9	2,0	2,7	2,6	2,2	2,2
	IC95%	1,5-2,9	0,8-1,9	2,0-3,7	1,3-2,6	1,9-3,5	1,8-3,3	1,5-3,0	1,5-2,9
Seguro que no	%	9,3	6,8	7,9	4,9	5,5	3,0	5,4	4,3
	IC95%	7,9-10,7	5,6-8,0	6,6-9,2	3,9-5,9	4,4-6,6	2,2-3,8	4,3-6,5	3,3-5,2
No lo sé	%	5,3	4,9	6,0	4,5	5,5	5,0	5,1	5,3
	IC95%	4,2-6,3	3,9-5,9	4,8-7,1	3,6-5,5	4,3-6,6	4,0-6,1	4,0-6,2	4,2-6,3
No tengo o no vivo con ellos	%	0,4	0,1	0,4	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1
	IC95%	0,1-0,8	-0,04-0,3	0,01-0,7	-0,02-0,4	0,01-0,5	-0,1-0,2	-0,02-0,4	-0,04-0,3

¿SERÍAS CAPAZ DE RECHAZAR UN CIGARRILLO PARA FUMÁRTELO SI TE LO OFRECIERA INSISTENTEMENTE TUS HERMANOS?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Seguro que sí	%	79,6	82,1	80,3	82,0	81,1	79,7	81,9	79,0
	IC95%	77,5-81,8	80,2-84,1	78,2-82,3	80,1-83,9	79,1-83,1	77,6-81,7	79,9-83,9	76,9-81,0
Creo que sí	%	4,3	5,7	6,3	6,5	7,2	10,1	7,6	9,1
	IC95%	3,2-5,4	4,5-6,9	5,1-7,6	5,3-7,8	5,8-8,5	8,6-11,7	6,2-8,9	7,6-10,5
Creo que no	%	1,4	1,4	1,5	2,1	1,7	2,4	1,9	2,6
	IC95%	0,8-2,0	0,8-2,0	0,9-2,2	1,4-2,9	10,2-2,4	1,6-3,1	1,2-2,6	1,8-3,4
Seguro que no	%	10,0	7,4	8,6	5,2	5,9	3,6	5,0	5,3
	IC95%	8,4-11,6	6,1-8,8	7,2-10,1	4,1-6,3	4,7-7,1	2,7-4,5	3,8-6,1	4,1-6,4
No lo sé	%	4,7	3,3	3,2	4,1	4,1	4,3	3,6	4,1
	IC95%	3,5-5,8	2,4-4,2	2,3-4,1	3,1-5,1	3,1-5,1	3,2-5,3	2,7-4,6	3,1-5,1

¿SERÍAS CAPAZ DE RECHAZAR UN CIGARRILLO PARA FUMÁRTELO SI TUS AMIGOS/AS TE LO OFRECIERAN INSISTENTEMENTE?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Seguro que sí	%	73,5	73,7	69,4	65,7	68,2	65,4	71,7	68,2
	IC95%	71,3-75,6	71,6-75,8	67,1-71,6	63,5-67,9	65,0-70,5	63,2-67,7	69,5-73,9	66,0-70,4
Creo que sí	%	14,4	15,2	19,4	21,9	22,5	25,2	17,8	23,0
	IC95%	12,6-16,1	13,5-16,9	17,5-21,3	19,9-23,8	20,5-24,5	23,2-27,3	16,0-20,0	21,0-25,0
Creo que no	%	2,2	2,2	2,5	3,9	1,7	2,1	2,1	2,2
	IC95%	1,5-2,9	1,5-2,9	1,8-3,3	3,0-4,8	1,1-2,4	1,4-2,8	1,4-2,7	1,5-2,9
Seguro que no	%	4,6	2,7	2,7	2,4	3,0	2,4	2,9	1,7
	IC95%	3,6-5,6	1,9-3,5	1,9-3,5	1,7-3,1	2,2-3,8	1,6-3,1	2,1-3,7	1,1-2,3
No lo sé	%	5,4	6,2	6,0	6,1	4,5	4,9	5,5	4,9
	IC95%	4,3-6,5	5,1-7,4	4,8-7,2	5,0-7,3	3,5-5,6	3,9-5,9	4,4-6,6	3,9-5,4

¿SERÍAS CAPAZ DE NO FUMAR AUNQUE LA MAYORÍA DE TUS AMIGOS/AS FUMARAN?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Seguro que sí	%	74,0	72,0	71,5	65,7	73,7	68,8	73,3	67,7
	IC95%	71,8-76,1	69,9-74,1	69,3-73,1	63,4-67,9	71,6-75,9	66,7-71,0	71,2-75,5	65,5-69,9
Creo que sí	%	13,5	16,4	18,0	21,5	17,6	20,4	17,4	21,9
	IC95%	11,9-15,2	14,6-18,1	16,1-19,8	19,6-23,4	15,8-19,5	18,5-22,3	15,5-19,2	19,9-23,8
Creo que no	%	3,0	3,5	2,9	3,6	2,2	3,6	2,9	3,7
	IC95%	2,2-3,9	2,6-4,4	2,0-3,7	2,7-4,5	1,5-3,0	2,7-4,5	2,0-3,7	2,8-4,6
Seguro que no	%	4,7	3,1	3,8	2,7	2,2	1,8	1,8	1,5
	IC95%	3,7-5,7	2,3-3,9	2,9-4,8	1,9-3,5	1,5-3,0	1,2-2,5	1,1-2,4	0,9-2,1
No lo sé	%	4,8	5,0	3,9	6,5	4,2	5,3	4,7	5,2
	IC95%	3,7-5,8	4,0-6,1	3,0-4,8	5,4-7,0	3,2-5,3	4,3-6,4	3,6-5,7	4,1-6,2

¿SERÍAS CAPAZ DE NO FUMAR AUNQUE TUS AMIGOS/AS SE METIERAN CONTIGO?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Seguro que sí	%	66,5	62,3	64,4	54,5	64,6	57,3	66,0	58,7
	IC95%	64,2-68,8	60,0-64,6	62,1-66,8	52,2-56,8	62,3-66,9	55,0-59,6	63,7-68,3	56,4-61,0
Creo que sí	%	15,6	18,4	18,1	24,6	21,0	25,5	19,7	25,5
	IC95%	13,8-17,4	16,6-20,2	16,3-20,0	22,6-26,6	19,0-23,0	23,5-27,6	17,7-21,6	23,5-27,6
Creo que no	%	4,5	5,0	4,3	5,0	3,4	4,2	3,4	3,8
	IC95%	3,5-5,5	4,0-6,1	3,3-5,3	4,0-6,1	2,5-4,3	3,2-5,1	2,5-4,2	2,9-4,7
Seguro que no	%	5,1	4,2	4,5	3,0	2,7	2,5	2,4	2,4
	IC95%	4,1-6,2	3,3-5,2	3,4-5,5	2,2-3,8	1,9-3,5	1,8-3,3	1,6-3,1	1,5-2,9
No lo sé	%	8,3	10,0	8,7	12,9	8,7	10,5	8,6	9,7
	IC95%	6,9-9,6	8,6-11,4	7,3-10,1	11,3-14,5	6,9-9,6	9,0-11,9	7,2-10,0	8,3-11,1

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tabla 17. Distribución de las respuestas sobre hábitos de vida y tiempo libre, resultados académicos e imagen corporal, por sexo y curso escolar. Alumnos de 1º a 4º de la ESO. Comunidad de Madrid.

DINERO PARA GASTOS A LA SEMANA	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
0-4 euros	%	6,4	63,0	43,6	43,4	30,1	27,7	24,6	21,9
	IC95%	57,9-62,8	60,7-65,3	41,2-46,1	41,0-45,7	27,9-32,4	25,6-29,8	22,5-26,7	20,0-23,9
5-10 euros	%	30,7	29,2	41,1	41,5	50,1	50,8	48,6	48,9
	IC95%	28,4-33,0	27,0-31,4	38,6-43,5	39,1-43,8	47,7-52,6	48,4-53,2	46,1-51,0	46,5-51,2
11-14 euros	%	2,3	3,1	4,7	5,0	6,7	7,7	8,4	9,9
	IC95%	1,6-3,0	2,3-3,9	3,6-5,7	3,9-5,0	5,5-7,9	6,4-8,9	7,1-9,8	8,5-11,3
15-30 euros	%	6,4	4,8	6,9	8,2	9,7	12,2	13,1	16,4
	IC95%	5,4-7,9	3,7-5,8	5,7-8,2	6,9-9,5	8,2-11,1	10,6-13,7	11,4-14,8	14,7-18,2
30 o más euros	%	0	0	3,7	2,0	3,4	1,7	5,3	2,9
	IC95%	0	0	2,8-4,6	1,3-2,7	2,5-4,3	1,1-2,3	4,2-6,4	2,1-3,7

RESULTADOS ACADEMICOS, ¿EN QUE GRUPO DE ESTUDIANTES CREES QUE ESTAS?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Entre los que sacan las mejores notas	%	24,8	22,8	22,9	19,1	19,4	18,8	16,8	15,9
	IC95%	22,7-26,9	20,8-24,7	20,8-24,9	17,3-21,0	17,5-21,3	16,9-20,6	14,9-18,6	14,1-17,6
En el grupo medio alto	%	38,8	38,2	35,6	34,6	32,5	28,0	31,0	28,5
	IC95%	36,4-41,2	35,9-40,4	33,2-37,9	32,4-36,9	30,2-34,8	25,9-30,1	28,8-33,3	26,3-30,6
En el grupo medio	%	30,0	32,5	31,0	36,1	34,1	37,7	36,3	41,3
	IC95%	27,7-32,2	30,3-34,7	28,8-33,3	33,9-38,4	31,8-36,4	35,4-39,3	34,0-38,7	39,0-43,6
En el grupo medio bajo	%	5,4	5,5	8,7	8,2	11,5	13,2	13,1	12,5
	IC95%	4,3-6,5	4,4-6,5	7,3-10,1	6,9-9,5	9,9-13,0	11,6-14,8	11,4-14,7	11,0-14,1
Entre los que sacan las peores notas	%	1,1	1,2	1,9	2,0	2,5	2,4	2,8	1,8
	IC95%	0,6-1,6	0,6-1,6	1,2-2,5	1,3-2,6	1,8-3,3	1,6-3,1	2,0-3,6	1,2-2,5

¿CON QUE FRECUENCIA HAS REALIZADO ALGUNA ACTIVIDAD DEPORTIVA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
No he hecho ninguna actividad deportiva	%	6,7	12,4	6,7	18,5	6,1	16,5	7,9	22,9
	IC95%	5,4-7,9	10,9-14,0	5,5-7,9	16,6-20,3	5,0-7,3	14,7-18,2	6,6-9,2	21,0-24,9
Menos de una vez a la semana	%	5,2	11,3	6,2	13,9	6,3	16,5	8,4	17,5
	IC95%	4,1-6,3	9,7-12,7	5,0-7,4	12,2-15,5	5,1-7,4	14,7-18,2	7,0-9,7	15,8-19,3
Entre una y dos veces a la semana	%	18,7	32,9	18,8	30,3	16,9	29,0	17,6	27,1
	IC95%	16,8-20,6	30,7-35,1	16,8-20,7	28,2-32,5	15,0-18,7	27,9-31,2	15,7-19,5	25,0-29,2
Entre 2 y 3 veces a la semana	%	25,0	24,9	23,6	20,7	23,1	21,2	22,5	17,6
	IC95%	22,9-27,1	22,8-26,9	21,5-25,7	18,8-22,6	21,1-25,2	19,3-23,2	20,5-24,5	15,8-19,4
Más de 3 veces a la semana	%	44,5	18,6	44,7	16,6	47,6	16,8	43,7	14,8
	IC95%	42,1-47,0	16,8-20,4	42,3-47,2	14,9-18,4	45,2-50,1	15,1-18,6	41,3-46,1	13,2-16,5

¿CÚANTOS DÍAS TOMASTE AL MENOS UNA BEBIDA QUE TUVIERA ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?	grupo	1º ESO (p36)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Ningún día	%	92,5	93,3	80,3	80,3	70,3	68,1	57,8	53,7
	IC95%	91,3-93,8	92,1-94,5	78,3-82,2	78,4-82,2	68,1-72,6	65,9-70,3	55,4-60,2	51,4-56,1
1 o 2 días	%	5,7	5,1	12,9	14,1	19,2	21,6	23,6	28,6
	IC95%	4,5-6,8	4,1-6,1	11,2-14,5	12,4-15,7	17,3-21,2	19,7-23,5	21,5-25,6	26,5-30,7
De 3 a 5 días	%	0,7	0,6	4,4	2,8	5,7	6,4	10,2	10,5
	IC95%	0,3-1,1	0,3-1,0	3,4-5,4	2,0-3,6	4,5-6,8	5,2-7,5	8,7-11,7	9,0-11,9
De 6 a 7 días	%	0,4	0,4	1,2	1,2	2,6	2,0	4,3	4,1
	IC95%	0,1-0,7	0,1-0,7	0,7-1,8	0,6-1,7	1,8-3,4	1,4-2,7	3,3-5,3	3,2-5,1
10 o más días	%	0,8	0,6	1,2	1,7	2,2	1,9	4,2	3,1
	IC95%	0,3-1,2	0,2-0,9	0,7-1,8	1,1-2,3	1,5-2,9	1,3-2,5	3,2-5,1	2,2-3,9

¿CÓMO TE VES A TI MISMO/A?	grupo	1º ESO (p35)		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
		H	M	H	M	H	M	H	M
Estoy gordo/a	%	5,5	8,1	5,6	10,6	3,7	8,1	3,9	7,1
	IC95%	4,3-6,6	6,8-9,4	4,5-6,6	9,1-12,0	2,8-4,7	6,8-9,3	2,9-4,8	5,9-8,3
Tengo exceso de peso	%	12,3	10,6	15,0	13,5	14,4	16,7	13,8	17,3
	IC95%	10,7-13,9	9,1-12,0	13,3-16,8	11,8-15,1	12,7-16,1	15,0-18,5	12,1-15,5	15,5-19,1
Tengo un peso adecuado	%	65,7	65,1	64,3	61,0	64,8	63,2	65,8	63,1
	IC95%	63,4-68,0	62,8-67,3	61,9-66,6	58,7-63,3	62,5-67,2	61,0-65,5	63,5-68,2	60,9-65,4
Considero que estoy delgado/a	%	15,0	14,1	13,6	13,0	15,8	10,8	14,7	10,6
	IC95%	13,2-16,7	12,4-15,7	12,0-15,3	11,4-14,6	14,1-17,6	9,3-12,2	12,9-16,4	9,2-12,1
Considero que estoy muy delgado/a	%	1,6	2,2	1,4	2,0	1,2	1,2	1,8	1,8
	IC95%	1,0-2,2	1,5-2,9	0,9-2,0	1,3-2,6	0,7-1,7	0,7-1,7	1,2-2,5	1,2-2,4

Fuente: Estudio ACEPTA 2006-2010.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

