



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

## **GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico (2016-17)**

**Trabajo Fin de Grado**

# **TABAQUISMO, INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES**

Alumno:

Juan Bartolomé Calvo

Tutor:

Don Rafael Manuel Medrano López

Junio, 2017

## ÍNDICE

---

Resumen-----	1
Introducción-----	2
Evolución histórica -----	2
Importancia en la salud -----	3
Epidemiología -----	7
Justificación-----	9
Material y métodos-----	12
Resultados -----	16
Prevención -----	16
Intervención -----	20
Conclusiones -----	24
Programa antitabaco en la escuela -----	25
Anexos -----	33

## RESUMEN

---

**Introducción:** El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en países desarrollados, pues causa en torno a 5 millones de muertes en el mundo y 50.000 en España al año.

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo de enfermedades asociadas como múltiples tipos de cáncer, EPOC, enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, efectos nocivos en la mujer embarazada, ...

**Material y métodos:** Se realiza una revisión sistemática en diferentes bases de datos y portales sanitarios encontrando un total de 26 artículos, 7 guías clínicas y 2 archivos de interés.

**Resultados:** Diferenciamos dos tipos de resultados encontrados:

-Prevención al tabaquismo y sus diferentes protagonistas cobrando especial importancia la acción política como mecanismo de controlar el consumo de tabaco a través de la promulgación de legislación y la educación en centros escolares como lugar idóneo donde impartir la educación para la salud desde edades tempranas.

-Intervención en pacientes con un hábito ya instaurado de consumo de tabaco. Destacar el método más importante como el modelo Prochaska y Diclemente que a través de sus cinco etapas (pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) logra la evolución del paciente hasta deshabituarse del tabaco. Método que puede complementarse con otras herramientas como la terapia grupal o farmacológica.

**Conclusiones:** Se demuestra que el tabaco es la gran epidemia del siglo XXI en los países desarrollados. Los métodos de deshabituación tabáquica tienen una gran eficacia y son siempre de recomendada utilización.

Pero la mayor importancia en la lucha contra el tabaco la tiene la prevención en etapas tempranas, por lo que se crea un novedoso plan de educación para la salud en las escuelas con el objetivo de reducir la incidencia de jóvenes que desarrollen el hábito tabáquico y en el caso de que se instaure el hábito tabáquico, poder tratarlo adecuadamente.

**Palabras clave:** Tabaco, adolescentes, intervención, prevención, educación para la salud.

## INTRODUCCIÓN

---

Cada año el consumo de tabaco causa en torno a 5 millones de muertes en el mundo pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenible entre las personas adultas en los países desarrollados <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>.

El tabaco cuesta en España 16.475 millones de euros en costes directos e indirectos al año <sup>(3)</sup>.

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Históricamente, la inhalación del humo por quemar la hoja del tabaco se remonta a las antiguas civilizaciones de Sudamérica (incas, mayas, aztecas...). En estas culturas era utilizado con fines religiosos y médicos. Con la llegada de Colón, entre los presentes recibidos de los indígenas se encontraban hojas de tabaco.

Tras los primeros contactos, varios fueron los marineros como Rodrigo de Xerez que trajeron hojas y semillas a España, plantando en su finca algunas de ellas. La inquisición no vio con buenos ojos el hecho de fumar alegando que “sólo Satanás puede conferir al hombre la facultad de expulsar humo por la boca”, instaurando así la Iglesia la primera oposición histórica al tabaco. Fue así mérito de esta la dificultad del asentamiento en tierras europeas.

El gran paso para la instauración del tabaco en la sociedad europea fue la aceptación de este por parte de la nobleza y cortes. El francés Jean Nicot, embajador en Lisboa, llevaría hojas a su soberana Catalina de Médicis para aliviar sus migrañas. Tras esto, la reina, encantada con los beneficios del tabaco para sus dolencias, propagó su consumo en las distintas cortes europeas.

En 1620 se construía en Sevilla la primera fábrica de tabaco, la segunda gran empresa manufacturera de tabaco se alzaba poco después en Cádiz produciendo tabaco en polvo. Los gobiernos entendieron así la importante oportunidad para recaudar impuestos a través de este producto.

Fue ya en el siglo XX cuando se extendió la fabricación del tabaco en modo de cigarrillos, con tabaco más refinado y la promoción entre los combatientes de la primera guerra mundial hizo que en los años 20 este producto se masificara.

## IMPORTANCIA EN LA SALUD

Hoy en día se ha descrito al tabaquismo como uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados por diferentes motivos, el principal es la cantidad de enfermedades asociadas y la gran disminución en años de vida para los que lo consumen.

Para entender al tabaco y su comportamiento hay que describirlo como una **DROGA**, del tipo estimulante también denominadas psicoanalépticos, lo que dista mucho de la creencia popular de que el tabaco es un relajante. El tabaco reúne los requisitos para ser denominado como droga, estamos hablando de una sustancia adictiva, que crea tolerancia, dependencia física y psicológica, provocando un síndrome de abstinencia si abandonamos su consumo.

El tabaco es el principal factor de riesgo y causante de un gran número de enfermedades, se estima una reducción de entre 12 y 15 años de vida. Aproximadamente el 30% de los fallecimientos por cáncer es responsabilidad del tabaco <sup>(4)</sup>, así como el 20% de los fallecimientos por enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares, el 80% de los casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Las muertes atribuibles al tabaco en el año 2012 en España son 60.000 con una prevalencia de su consumo de tabaco del 23,62% <sup>(5)</sup>. Si bien es cierto que esta tendencia es a la baja pues las muertes atribuibles al consumo tienen una tendencia al alza en los últimos 20 años <sup>(6)</sup>. Si atendemos a la diferenciación entre sexos, cerca del 92,5% de las muertes se producen en varones mientras que el 7,5% pertenece a las mujeres. Las principales causas de muerte en varones fumadores son los tumores malignos con un 40,7% mientras que en las mujeres la enfermedad cardiovascular supone un 45,1% del total. **De esto se deduce que uno de cada dos fumadores que comienzan a fumar en la adolescencia y continúen fumando a lo largo de su vida, fallecerá por una causa atribuible al tabaco a mediana edad.**

En cuanto a las enfermedades asociadas al tabaquismo encontramos hasta 25 enfermedades de las que existen evidencias constatadas. El humo del tabaco contiene unas 5.000 sustancias químicas, muchas de estas son las llamadas sustancias carcinógenas con capacidad de producir alteraciones a nivel celular para desarrollar lesiones neoplásicas. Estas sustancias se encuentran tanto en el humo que los fumadores inhalan directamente del cigarrillo como en el humo desprendido por este pasivamente en su combustión y que es inhalado por los fumadores pasivos.

Desde la perspectiva **oncológica**, el cáncer de colon y mama han sido tradicionalmente los más frecuentes y en los últimos años, se aprecia una tendencia al alza en el **cáncer de pulmón**. En este último, el tabaco es el responsable del 90% de los tumores, encontrando una mayor prevalencia en el varón. Los fumadores tienen entre 10 y 20 probabilidades más de padecer cáncer de pulmón con respecto a las personas que no consumen tabaco, y este cáncer no está asociado a un tipo concreto <sup>(7)</sup>. Unas asociaciones interesantes en cuanto al consumo de tabaco y cáncer de pulmón son las referenciadas por la agencia de protección ambiental de EEUU. Este organismo defiende que la relación dosis/respuesta no es lineal, sino exponencial al consumo de cigarrillos mientras que, atendiendo al inicio de consumo de tabaco, el riesgo aumenta en función de la temprana edad de comienzo, siendo esta relación más importante que el número de cigarrillos que se consumen diariamente.

En cuanto al **cáncer de laringe y cavidad oral**, encontramos que el 83% de los tumores son producidos por tabaco <sup>(7)</sup>. Las relaciones causales de esta patología demuestran que a mayor tiempo de consumo y cantidad (no habla del tipo de tabaco consumido) mayor riesgo de padecer cáncer de laringe y cavidad oral. La relación más importante con el tabaco es con el alcohol, demostrando que aumentan las posibilidades de padecer hasta un 75% más de cáncer de laringe y cavidad bucal que si se consume cualquiera de estas dos sustancias por separado. Tras 15 años de abstinencia del tabaco, recuperamos unos niveles similares de riesgo que los que padecería una persona sana <sup>(8) (9)</sup>.

**Las neoplasias de aparato digestivo** tienen una relación del 80% con el tabaco <sup>(7)</sup>, pues, aunque el tabaco no entra en contacto directo con la vía digestiva, las secreciones con restos de sustancias nocivas han sido encontradas en estos conductos. En el **cáncer de esófago** el riesgo de padecerlo es 3 o 4 veces mayor. Estos porcentajes disminuyen en función de que la estructura anatómica esté más alejada de la garganta. De nuevo se demuestra una relación sinérgica con el consumo de alcohol.

En el caso de los **tumores renales y vesicales**, así como para ciertos tipos de **neoplasias hematológicas**, ciertas evidencias demuestran un mayor riesgo de padecer este cáncer si lo asociamos al consumo de tabaco a diferencia de los casos de cáncer de mama y aparato genital en los que no se ha logrado demostrar esta relación.

En cuanto a la **patología cardiovascular**, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el 2015 <sup>(6)</sup> el 29,66% de las muertes anuales corresponden a este tipo de patologías. Aunque la Sociedad Española de Cardiología (SEC) <sup>(10)</sup> sostiene que según los datos de los últimos 15 años hay un ligero descenso de la mortalidad atribuible, debido a una mayor especialización de las unidades de cardiología españolas.

En cuanto a su relación de la patología cardiovascular con el tabaco, queda demostrado que el riesgo aumentado para los consumidores de tabaco en este tipo de patologías es de 2-4 veces mayor que para los no fumadores. Este dato cobra mayor importancia si entendemos el efecto multiplicador que tiene el tabaco con otros factores de riesgo tales como alcohol, hipertensión o dislipemias <sup>(11)</sup>.

La etiopatología del tabaco en la enfermedad cardiovascular se entiende desde dos puntos de vista: el primero es el efecto de la nicotina sobre el aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial (recordamos aquí que el tabaco es un excitante no un relajante) y el segundo es la mayor adherencia que tiene el monóxido de carbono inhalado con el humo del tabaco por la hemoglobina, desplazando así al oxígeno y produciendo saturaciones menores de oxígeno en sangre. Estos dos mecanismos en combinación favorecen la aparición de patología isquémica y de tromboembolismos.

En la **cardiopatía isquémica**, se atribuyen entre un 25-30 % <sup>(7)</sup> de los infartos agudos de miocardio al tabaco. El riesgo de padecer estas enfermedades, no son iguales para los que consumen poco tabaco que para los que consumen más cigarrillos al día.

El tabaco tiene un alto poder arteroesclerosante y de formación de trombos, esto justifica su relación con la **enfermedad cerebrovascular**, así como con la enfermedad arterial periférica.

En cuanto al **aparato respiratorio**, como antes explicábamos, la mayor afinidad de la hemoglobina por el monóxido de carbono que por el oxígeno ocasiona patología a nivel respiratorio. Pero esto no sólo es así, ya que el tabaco produce una disminución progresiva del flujo aéreo, además siendo este de menor calidad. El responsable de esta sintomatología es el alquitrán de los cigarrillos. Así encontramos relaciones con enfermedades tales como Hiperreactividad bronquial, EPOC (hasta un 80 a 90% de los casos se relaciona con su consumo), y con el síndrome de apnea del sueño <sup>(12)</sup>

También se encuentran relaciones con otro tipo de patologías como **patología dermatológica**, **afecciones dentales** y efectos nocivos en la **mujer embarazada** desarrollando en el feto una disminución del peso al nacer, mutaciones en ADN con riesgo elevado de cáncer en los niños y alteración de la función pulmonar, también se han encontrado retrasos en el aprendizaje en hijos de madres fumadoras y disminución en el coeficiente intelectual <sup>(11)</sup>.

Si bien es cierto que estas enfermedades suelen desencadenarse cuando el tabaquismo esta instaurado durante años, cabe destacar que el grupo de edad en el que en este trabajo queremos incidir, pocas complicaciones de este tipo vamos a encontrar. Para el **paciente adolescente** tiene más importancia todo aquel problema que le afecta en el presente y en el futuro inmediato, por eso debemos hacer mayor hincapié en aquellas alteraciones que este grupo de pacientes percibe más próximas a su momento vital presente, aunque su relevancia quizás sea menor. Estamos hablando de marcadas arrugas prematuras, manchas en dentadura y dedos, halitosis, mal olor corporal, así como la facilidad de desarrollar catarros, tos e infecciones respiratorias, dificultades eréctiles en el varón o problemas de salud en los bebés de madres



fumadoras. De esta forma vamos a poder influir positivamente en la aparición de problemas inmediatos y, lo que es más relevante, en la prevención de problemas de salud muy importantes en el futuro en aquellos pacientes que abandonen el hábito tabáquico, produciendo nuestras actividades preventivas un gran ahorro en sufrimiento individual y familiar y en coste sanitario y social.

## EPIDEMIOLOGÍA

Los datos más fiables y claros sobre el tabaquismo en España y en concreto en Castilla y León los encontramos en estudios como STUDES (anexos 1), EDADES (anexos 2) y en direcciones web de organismos nacionales como el INE o Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

**STUDES** <sup>(13)</sup> publica su última actualización en 2016 siendo la recogida de datos en 2014-2015. Este estudio nos muestra el consumo de drogas en adolescentes de 14 a 18 años siendo nuestro estudio de referencia. Respecto al consumo de tabaco en este informe, encontrábamos un 35,3% de adolescentes. Tras dos años ese dato ha disminuido en 3,9 puntos hasta un 31,4%. Si bien hablábamos que históricamente el grueso de los consumidores se encontraba en el género masculino, las tendencias están cambiando y en esta franja de edad es mayor el porcentaje de mujeres fumadoras con un 33.2% que el de hombres con un 29.6%. Los estándares de consumo de tabaco están cambiando dejando de ser el hombre el que fuma como muestra de masculinidad a igualarse con las mujeres.

Si bien es conocida la relación que tiene el inicio de consumo de tabaco con la educación y el ejemplo parental, la tendencia a la baja de hogares en los que se consume tabaco diariamente sigue disminuyendo, habiendo descendido en los últimos 10 años de un 68.2% en 2004 a 49.7% en 2014 de consumo diario en el hogar. Algo muy significativo y bajo mi punto de vista clave en el éxito del descenso del tabaquismo en los adolescentes.

Igualmente encontramos tendencias a la baja en el consumo diario de cigarrillos siendo 5.6/día por los 6.2/día hace dos años. Sólo el 8.9% de los adolescentes consumen tabaco diariamente mientras que el 25.9% lo ha consumido en los últimos 30 días. Aunque estos datos nos hacen ser optimistas de la recesión en el tabaquismo, encontramos que 137.000

estudiantes comenzaron a fumar tabaco en el periodo del 2014-2015. Población diana a la que podemos dirigir nuestras futuras intervenciones.

Según **EDADES** <sup>(14)</sup>, para un rango de edad entre los 15 y 64 años, en Castilla y León tenemos una tasa de consumo de tabaco diario de 30.5% siendo la media nacional de 30.8%. La edad media de inicio en el consumo de tabaco es de 16.4 años, una tendencia que se mantiene prácticamente igual en los últimos diez años. Sin embargo, el inicio del consumo diario de tabaco y no de forma ocasional es a los 18.6 años. EDADES refleja el mismo parecer en cuanto al consumo por género y es que actualmente en España, la tendencia de consumo entre las mujeres ha aumentado hasta casi igualarse a la de los hombres (25,6% y 25,9% respectivamente) para la franja de edad comprendida entre 14 y 24 años. Para el resto de franjas de edad, es mayor el grupo de fumadores varones que mujeres, 37,9% y 30,3% respectivamente entre 25 y 34 años, 34,5% y 28,9% respectivamente entre 35 y 44 años, 37,5% y 33,1% respectivamente entre 45 y 54 años, 28,6% y 19,1% respectivamente entre 55 y 64 años. El 90,4% de los encuestados, considera muy importante las acciones para resolver los distintos problemas de drogas en las escuelas y centros sanitarios, pero sólo un 22,9% dice haber recibido información por parte de profesores y un 8,7% de parte de los profesionales sanitarios, pero un 22,7% y 23,3% respectivamente para estos grupos opinan que les gustaría recibir información por estas vías.

Esto tiene una lectura clara para los educadores sanitarios (enfermería en nuestro caso) y es que la población es sensible al problema de las drogadicciones y el tabaquismo ya que el 90.4% de pacientes encuestados quieren recibir información sanitaria sobre drogas, pero en cambio sólo un 8,7% de la población recibe este tipo de información por parte de los profesionales sanitarios. Resulta evidente que algo no se está haciendo bien y tal demanda por parte de la población con un beneficio para la salud tan grande debe ser abordado por los profesionales sanitarios en general y por los profesionales de enfermería en particular por la posición dentro de la asistencia sanitaria, atención especializada, atención primaria, en la comunidad y en la potencialidad de nuestro papel en los centros de educación primaria y secundaria además de la formación especializada en salud.

**El VII Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León** <sup>(15)</sup> destaca que un 45.7% de los fumadores se ha planteado dejarlo en los últimos 6 meses, el 34.6% en el último mes y un 23.2% ha realizado intentos en los últimos 6 meses. Los adolescentes de 14 a 18 años que se plantearon dejar de fumar en Castilla y León en los últimos 6 meses es el 34.6% y un total del 47.2% hizo algún intento en este tiempo.

La tasa de mortalidad asociada a los fumadores se triplica con respecto a la de los no fumadores, mientras que se estima que unas 50.000 personas fallecen anualmente en España a causa del tabaco <sup>(11)</sup>. Esto supone que anualmente el tabaco causa más muertes que el SIDA, alcohol y accidentes de tráfico juntos.

Según datos de la OMS casi dos tercios de las muertes prematuras están asociadas a conductas que desarrolla el paciente en su juventud <sup>(16)</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

Estos datos nos enfrentan a una realidad, en la que, a pesar de los últimos avances en el combate al consumo de tabaco a través de la formulación de leyes y las campañas de sensibilización estatales, aún existe una amplia población sensible de recibir información y ayuda para, en el caso de no ser fumador, no empezar a consumir y, en el caso de ser consumidor de tabaco poder dejar su adicción.

La disminución histórica en el consumo de tabaco coincide con dos fechas importantes de debate social, las leyes aprobadas en 2005 y 2010 manteniendo una tendencia a la baja, mostrando la especial importancia de una lucha a nivel estatal para educar a nuestros jóvenes en los beneficios de no fumar.

Como nos informa STUDES en su último informe <sup>(13)</sup>, año tras año miles de jóvenes entre 14 y 18 años comienzan a fumar sumándose a un amplio número de jóvenes que ya fuman. Todos ellos son susceptibles de recibir unas intervenciones por parte del personal de enfermería con el fin de intentar evitar el consumo del tabaco. Los beneficios que obtendremos al dejar de consumir tabaco en una edad temprana son numerosos, variados y altamente rentables en salud y economía. Un paciente que abandone el tabaco en una etapa

temprana tiene la potencialidad de recobrar unos niveles de salud similares a los que tenía antes de su consumo. Por otro lado, en el plano de las múltiples enfermedades antes descritas nos beneficiaremos de no desarrollar patologías relacionadas con el consumo en aquellas con una relación causa/efecto directo y el ahorro en costes sanitarios y humanos derivado.

Si bien es cierto que la deshabituación tabáquica siempre tiene beneficios independientemente del rango de edad del que estemos hablando, defendemos que sea abordada en la juventud por la mayor ganancia en calidad de vida que obtendremos en un futuro y al tiempo aumentaremos la expectativa de vida.

Los adolescentes son una población idónea para este tipo de intervenciones por varias razones:

1. Su adicción al tabaco no es tan fuerte como la de los fumadores de larga duración.
2. Son sensibles a los temas de salud si son debidamente enfocados.
3. Los beneficios en cuanto a una futura mejora de salud son mucho más grandes que en pacientes adultos, los cuales no podrán recobrar niveles iniciales de salud.

En atención primaria, el 90% de la población pasa por las consultas en un periodo de 5 años, con un promedio de 5-6 veces/año. Debemos poner en valor el papel de los profesionales de enfermería en estas tareas, siendo el profesional sanitario con mayor idoneidad y consenso para desarrollar e implementar los programas de educación para la salud por varios motivos:

- Su formación en ciencias sociales que ayuda a un mayor conocimiento de la población y la manera correcta de poder ofrecerles información.
- La cercanía de la que goza hacia la población y la confianza que por parte de esta dispone facilitan el acceso a los pacientes.
- El respeto que tiene la población a los consejos impartidos por profesionales sanitarios con preparación y experiencia a la hora de afrontar educación sanitaria.

Para ello, una adecuada captación e información de pacientes que consuman tabaco es fundamental, de igual modo que, por ejemplo, siempre recomendamos reducir o eliminar en su caso, la sal al paciente hipertenso. Los consejos antitabaco, deberían estar siempre presentes en las intervenciones diarias de los profesionales de enfermería de Atención primaria, tanto en el ámbito de trabajo de la enfermería de familiar y comunitaria, como en el caso de la atención proporcionada en las consultas de enfermería pediátrica (durante las actividades que se desarrollan dentro de programa de atención al joven y adolescente en las revisiones de salud ofertadas en la cartera de servicios de esta población). Además, esta prevención y educación para la salud debe estar presente en las intervenciones de enfermería en el ámbito escolar, integradas en el programa de educación para la salud en la escuela.

En el **plano económico** varios son los puntos a analizar. El primero es la repercusión que tiene el consumo para el mismo consumidor por el elevado coste del tabaco, por una media de 5 euros por cajetilla de tabaco y el consumo medio de 16 cigarrillos/día supone un coste mensual de 120 euros.

El segundo, es el gasto que supone para el estado español, por una parte, las incapacidades derivadas por el consumo de tabaco a modo de bajas laborales o incapacidades. Por otra parte, el gasto directo sanitario derivado de las enfermedades atribuibles al tabaco definen este problema como el primero y de más costo económico y social en España.

Para las empresas, un fumador cuesta al año 1.700 euros en concepto de absentismo laboral, pérdida de productividad asociada al tabaco y costes adicionales de limpieza en el lugar de trabajo. En total supone 8.780 millones de euros para las empresas españolas. Para el Estado, los costes directos derivados del tabaco suponen 7.695 millones de euros anuales en concepto de EPOC, asma, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular y cáncer de pulmón.<sup>(3)</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

Con el objetivo de responder a la pregunta PICO planteada se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas como CUIDEN, PUBMED, GOOGLE ACADEMY, así como en portales de organizaciones estatales o regionales relacionadas con la sanidad como el portal de Sanidad de Castilla y León (SACYL), SEPAR, Asociación Española Contra el Cáncer (AECC); y el INE que no es de carácter sanitario durante los meses de enero a mayo de 2017.

A su vez se han realizado entrevistas con profesionales sanitarios de mi entorno relacionadas con los programas de deshabituación tabáquica con el fin de conocer la realidad de nuestra ciudad, logrando realizar dicha entrevista con la responsable de los programas de deshabituación tabáquica de la AECC y del centro de salud Pintor Oliva.

Para facilitar la búsqueda se planteó la siguiente **pregunta PICO**:

- P (población de pacientes): Pacientes adolescentes fumadores de tabaco.
- I (Intervención): deshabituación tabáquica.
- C (Comparación): no realizaremos comparación en este estudio.
- O (Resultados): Cese del consumo de tabaco.

Formulada la pregunta PICO, realizamos una búsqueda de **Decs** que incluiríamos en los diferentes buscadores con el operador booleano "AND".

	TABAQUISMO	CONSUMO	ADOLESCENTE
<b>DECS</b>	Hábito de fumar tabaco	Trastornos por el uso de tabaco	Adolescente
	Cese del tabaquismo	Uso de tabaco	Servicios de salud del adolescente
	Cese del uso de tabaco		
	Programa Nacional de control de tabaco		
	Campañas para el control del tabaquismo		

Tabla 1 DECS utilizados

Como **criterios de inclusión** en la búsqueda utilizamos:

- Artículos en español.
- Comprendidos entre los años 2002 y 2017.
- Que fueran gratuitos.
- Que contengan 1 o varias palabras clave del trabajo.

Los **criterios de exclusión** fueron:

- Artículos que no fueran en español.
- Artículos con años diferentes de publicación al rango del criterio de inclusión.
- Artículos que tras la lectura del resumen no fueran adecuados para los objetivos del trabajo.

Los artículos fueron seleccionados al hacer una lectura del resumen y su posterior evaluación para comprobar su adecuación a los objetivos planteados en el trabajo.

En las distintas bases de datos encontramos los siguientes resultados tras combinar los distintos DECS:

Base de datos	Archivos encontrados	Archivos seleccionados
CUIDEN	106	13
PUBMED	8	2
GOOGLE ACADEMY		5
SCIELO	35	6

*Tabla 2 Artículos encontrados en cada buscador*

En los portales de sanidad encontramos 7 guías clínicas y diferentes estudios mientras que en otras fuentes bibliográficas encontramos 2 archivos con datos de interés para nuestro trabajo.

### **En la base de datos de Cuiden:**

Se aplicaron los términos Decs Deshabituación Tabaco aplicando los filtros 15 años, español, con el operador boleado AND.

- Resultados: 53 artículos.
- Seleccionados: 7 artículos.

Se aplicaron los términos Decs Intervención Tabaco Adolescentes aplicando los filtros 15 años, español, con el operador boleado AND.

- Resultados: 27 artículos.
- Seleccionados: 4 artículos.

. Se aplicaron los términos Decs Intervención Tabaco Jóvenes aplicando los filtros 15 años, español, con el operador boleado AND.

- Resultados: 22 artículos.
- Seleccionados: 2 artículos.

### **En la base de datos Pubmed:**

Se aplicaron los términos Decs Datos Tabaco aplicando los filtros 15 años, español, con el operador boleado AND.

- Resultados: 23 artículos.
- Seleccionados: 1 artículo.

### **En la base de datos Scielo:**

Se aplicaron los términos Decs Deshabituación Tabaco aplicando los filtros 15 años, español, con el operador boleado AND.

- Resultados: 7 artículos.
- Seleccionados: 2 artículos.



Se aplicaron los términos Decs Intervención Tabaco Adolescentes aplicando los filtros 15 años, español, con el operador boleanado AND.

- Resultados: 4 artículos.
- Seleccionados: 2 artículos.

Se aplicaron los términos Decs Tabaco adolescencia aplicando los filtros 15 años, español, con el operador boleanado AND.

- Resultados: 21 artículos.
- Seleccionados: 1 artículo.

Se aplicaron los términos Decs Programas antitabaco aplicando los filtros 15 años, español, con el operador boleanado AND.

- Resultados: 1 artículo.
- Seleccionados: 1 artículo.

Se aplicaron los términos Decs Programas Tabaco Adolescente aplicando los filtros 15 años, español, con el operador boleanado AND.

- Resultados: 2 artículos.
- Seleccionados: 0 artículos.

Los artículos totales encontrados en la revisión fueron **26**

## RESULTADOS

---

La información acerca de cómo tratar el tabaquismo es amplia y cuenta con estudios profundos. Desde este trabajo hemos querido abordarla desde dos puntos:

**-La prevención al tabaquismo** como método para evitar que nuestros jóvenes lleguen a desarrollar una adicción al tabaco.

**-La intervención al tabaquismo** en adolescentes que ya han desarrollado un hábito de dependencia hacia el tabaco.

### 1- PREVENCIÓN:

El manual de prevención y tratamiento del tabaquismo <sup>(11)</sup> define la prevención como “la forma de conservar, cuidar, mejorar y restaurar la salud para no perderla o para recuperarla al máximo”. Si está bien claro cuál es la finalidad de la prevención, no es tan clara las herramientas que deben ponerse en marcha para conseguirla.

- **Acción política:** no hay duda de que es una de las herramientas fundamentales para la lucha contra el tabaco. Los dirigentes de las diferentes organizaciones estatales, regionales y locales tienen el poder de influenciar con sus políticas en los hábitos de consumo. A través de diferentes líneas de trabajo y la promulgación de leyes que las amparen se ha logrado disminuir el consumo de tabaco notablemente en los últimos 20 años, pero aún queda mucho trabajo por realizar. Los descensos históricos de consumo de tabaco coinciden con la promulgación de importantes leyes antitabaco. <sup>(13)</sup>

La restricción de venta en menores, incremento de los precios de consumo en el tabaco o el control de publicidad son algunas de las líneas a seguir.

Hoy en día en España hemos adoptado varias medidas para combatir el tabaco:

- Prohibición absoluta de la publicidad.
- Impresión obligatoria de avisos impactantes en las cajetillas.
- Impresión obligatoria en las cajetillas del contenido de sustancias perjudiciales como nicotina, alquitrán, en los cigarrillos.

-Elaboración de una política que grave con un porcentaje alto de impuestos la venta de las cajetillas (hasta un 50%).

-Restricción en las ventas de tabaco y su contrabando.

-Restricción del consumo de tabaco en lugares públicos y de trabajo. (libro rafa)

TIPO	AÑO	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
Real decreto (17)	1988	192/1988 de 4 de marzo	Sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.
Ley <sup>(18)</sup>	1992	38/1992 de 28 de diciembre	De impuestos generales.
Ley <sup>(19)</sup>	1999	13/1999 de 4 de mayo	Ordenación del mercado de tabacos y normativa tributaria y se regula el estatuto concesional de la red de expendierías de tabaco y timbre.
Real decreto (20)	1999	1199/1999 de 9 de julio	Desarrollo de la ley 13/1999 de 4 de mayo
Ley <sup>(21)</sup>	2005	28/2005 de 26 de diciembre	De medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
Ley <sup>(22)</sup>	2010	42/2010 de 30 de diciembre	Modificación de ley 28/2005 de 26 de diciembre

Tabla 3 Legislación antitabaco en España hasta la fecha. Fuente BOE.

- **Acción comunitaria o entorno:** La comunidad tiene un importante papel en la presión social para prevenir la adicción del tabaco. Si bien son diferentes los colectivos comunitarios que pueden desarrollar acciones puntuales en la prevención con campañas sociales o apoyos individuales. Desde este punto abordaremos dos de los condicionantes más influyentes en los adolescentes<sup>(23)</sup>:

**-La familia:** esta forma el eje central de la educación en todo niño o adolescente, por lo que su influencia se antoja fundamental a la hora de que un joven se posicione frente al tabaco. La actitud de los padres ante el tabaco tiene mucho que ver en la disposición de sus hijos a fumar. Existe una relación directa entre el consumo de tabaco de padres y el riesgo de consumo diario de tabaco en el adolescente, también con los sentimientos de tristeza o presión por parte de la familia. Al contrario, la comunicación parental logra reducir el consumo diario de tabaco en los adolescentes, dato significativo que demuestra que una correcta tutela y educación son claves en la lucha contra el tabaco <sup>(24)</sup>

**-Medios de comunicación:** hoy en día los medios de comunicación y redes sociales causan gran impacto en todos los grupos sociales, y quizá, el grupo más influenciado son los adolescentes. Estos medios tienen gran importancia y peso en la divulgación de mensajes de salud que logren concienciar y educar a la población a la cual se dirigen.

- **Centros de salud y profesionales sanitarios:** los centros de salud, hospitales y profesionales tienen la obligación de desarrollar programas relacionados con el tabaco tanto para su prevención como para su intervención <sup>(25) (26)</sup>.

El profesional sanitario tiene una gran credibilidad por parte de la población, debiendo este aprovechar la situación para lanzar mensajes que influyan en el nivel de salud de la población. La mayor tendencia en cuanto a estos mensajes de salud es ofrecerlos cuando el paciente ya ha perdido salud o calidad de vida para frenar su proceso, aunque lo ideal sería que seamos capaces de lanzarlos antes de dicho descenso. Desde las consultas de pediatría se hace hincapié en la promoción y prevención de la salud entendiéndolos como factor clave para dotar al paciente de herramientas para poder decidir sobre su salud.

- **Centros escolares:** es el lugar idóneo donde educar a niños y adolescentes dada su estructura que nos permite dividir a grupos o clases según sus conocimientos y nivel similar de madurez. La importancia de desarrollar unos correctos hábitos de salud, por ser estos los primeros y los que instaurarán los hábitos en la vida adulta. Los niños y adolescentes desarrollarán hábitos y costumbres sanas para que los valoren como unos

de los aspectos básicos de la calidad de vida. También es importante que no se transmitan sólo conocimientos, sino la importante interiorización de habilidades y actitudes ante la salud para transferir habilidades sociales que puedan utilizar en un futuro los adolescentes.

Los beneficios de desarrollar programas específicos de prevención del tabaquismo en estas etapas siempre son mayores que los costes por su desarrollo, aunque la eficacia de los distintos programas es bastante variable cabe destacar que hay un amplio beneficio para la colectividad <sup>(23)</sup>.

Existen dos maneras de implementar la educación para la salud en los centros escolares:

- **De manera transversal:** en la cual la educación para la salud se encuadra dentro de las unidades didácticas que se imparten en las distintas materias de cada etapa. En Castilla y León disponemos del “libro del profesor para la educación para la salud en la escuela” con el que el profesor puede consultar como desarrollar los distintos planes y cómo enfocar la educación para la salud según las carpetas que se desarrollan por el Sacyl <sup>(26)</sup>.

- **Programas integrales de educación para la salud en la escuela:** se diferencian de los anteriores en que este plan es una entidad propia y no precisa de espacios en las distintas materias para su implementación, se desarrollaría como una materia más dentro del curso académico.

En Castilla y León se encuentra vigente el “Programa de Educación para la salud en la escuela” estructura en distintos campos de actuación como hábitos higiénicos, alimentación, actividad física, educación afectivo sexual, prevención de accidentes y el que más nos interesa, la prevención del consumo de drogas. La “guía para la promoción para la salud en centros docentes” ofrece objetivos específicos y desarrollo de habilidades que los profesionales debemos inculcar en la etapa de educación primaria, educación secundaria y bachillerato <sup>(27)</sup>.

## 2-INTERVENCIÓN:

La terapia intervencionista antitabaco está compuesta de distintos tipos de programas bien definidos. Los diferentes tipos o modelos de intervenciones tienen una característica común: el porcentaje de abandono del tabaco es mayor que si realizamos el intento sin recurrir ninguno de estos métodos <sup>(28)</sup> poniendo de manifiesto que si acudimos a profesionales que nos asesoren en nuestra particular lucha el índice de fracaso será menor.

Los diferentes programas que conocemos son:

- **Modelo de Prochaska y Diclemente** <sup>(29)</sup>: es un proceso de deshabituación tabáquica que contempla 5 etapas por las que debe pasar el paciente durante su proceso y por las cuales debe evolucionar adquiriendo conocimientos y habilidades para poder afrontar el síndrome de abandono. Se centra en la motivación y la oferta de información para que el paciente sea el protagonista de su proceso. Las 5 etapas son:

-Pre contemplación: etapa en la que el fumador está en activo, no concibe la opción de dejar de fumar o no se lo plantea al momento.

-Contemplación: el paciente se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.

-Preparación: decide dejar de fumar y se prepara para dejar de fumar en 30 días.

-Acción: modifica sus hábitos y entorno, intenta dejar de fumar cesando del todo su consumo de tabaco.

-Mantenimiento: permanece sin fumar.

En este modelo se contempla la opción de una recaída, volviendo a la fase de preparación, pero analizando los motivos por los que se ha recaído en el consumo, para volver a realizar un nuevo intento.

- **Terapia grupal**: consiste en realizar una terapia de deshabituación tabáquica con grupos de 10 personas. La AECC de Palencia, a través de su terapeuta, me transmite que su modelo consiste en:

Los criterios de inclusión para estar en estos grupos son:

-Tener que encontrarse en la etapa de preparación según el modelo de Prochaska y Diclemente.

-Mostrar deseo de dejar de fumar voluntariamente.

-Ser capaz de poner una fecha para dejar de fumar en un periodo de un mes.

Las terapias constan de 6 sesiones pasando primero por una fase de motivación (primera sesión), después por una fase de reducción progresiva de tabaco (segunda y tercera sesión) y una fase de cese y mantenimiento (cuarta, quinta y sexta sesión).

Es importante que los grupos sean de características homogéneas. El papel del terapeuta consiste en guiar las sesiones y motivar constantemente al paciente para que logre su objetivo de cesar de fumar.

- **Terapia farmacológica:** esta terapia no es dependiente de enfermería pues es el médico quien pautará los medicamentos, pero sí debemos apoyarnos en ella para lograr el objetivo de dejar de fumar. Hablaremos de dos tipos de terapias <sup>(30)</sup>:

-**Terapia sustitutiva con nicotina (TSN):** consiste en la administración de nicotina al organismo para paliar el síndrome de abstinencia que ocasiona el abandono del tabaco. Para ello, se administrará esta sustancia altamente adictiva mediante diferentes dispositivos como parches transdérmicos, chicles, vaporizadores nasales, inhaladores bucales, tabletas para chupar o sublinguales. Todos con una misma característica: no administrar cantidades superiores de nicotina al organismo de las que produzcan dependencia, para ello hay que elegir la vía adecuada para cada tipo de paciente <sup>(11)</sup>.

-**Bupropión:** es un medicamento perteneciente a los antidepresivos de 2ª generación que se utiliza para la deshabituación tabáquica. Este medicamento se administra por vía oral y ayuda a regular los niveles de neurotransmisores involucrados en la fisiopatología de la adicción al tabaco. <sup>(11)</sup>. El bupropión tiene una eficacia mayor que los parches de nicotina.

- **Intervención mínima sistematizada:** se trata de un modelo de intervención en el que cada sesión dura entre 5-10 minutos por lo que deben estar muy estructuradas <sup>(31)</sup>. Este proceso consta de 5 etapas:

-**Etapas 1 Averiguar:** Realizar una breve historia del fumador.

-**Etapas 2 Aconsejar:** Ofrecer un consejo con información seria y clara, debe ser personal y orientado al objetivo que proponemos.

-**Etapas 3 Apreciar:** Valorar la disponibilidad para dejar de fumar del mismo.

-Etapa 4 Ayudar: ofreciendo información y adhiriendo al paciente a un plan de actuación concreto. Ofrecer refuerzos escritos, no solo intervención oral.

-Etapa 5 Acordar: Programar el seguimiento en función del plan previsto en la fase anterior.

Durante estas etapas intervendremos en 3 factores relacionados para lograr un mayor éxito del proceso: la motivación para dejar de fumar, la dependencia que tiene el paciente a la nicotina y los apoyos/barreras que encontramos, así como el entorno social y familiar. Es importante que este proceso sea sistematizado para todo paciente fumador que pase por nuestra consulta para que podamos obtener una alta captación.

- Existen **otros métodos** utilizados como psicoterapia, hipnosis o acupuntura sin evidencia científica en el abandono de tabaco por lo que desde los profesionales de enfermería no debemos recomendarlos o incluirlos en nuestros procesos de deshabituación tabáquica.

En cuanto a las **herramientas** a utilizar por los profesionales, como apoyo a los distintos programas existen dos test que son de gran utilidad tanto como para la prevención como para el tratamiento del tabaquismo.

**-Test de Fagerstrom:** (anexos 3) es un test o cuestionario que mide a través de 6 preguntas el nivel de adicción al tabaco de la persona que lo realiza. Este test clasifica los resultados en función de la puntuación obtenida en las preguntas de 0 a 10 (0-3 dependencia muy baja, 2-3 dependencia baja, 4-5 dependencia media, 6-7 dependencia alta, 8-10 dependencia muy alta).

Las preguntas realizadas son:

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?



5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
6. ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?

**-Test de Richmond:** (anexos 4) este test valora la motivación que tiene el paciente para dejar de fumar. Consta de 4 preguntas dando una puntuación final de 0 a 10 siendo el resultado menor de 3 una puntuación de motivación baja, de 4 a 6 una motivación moderada y de 7 a 10 una motivación máxima. Las 4 preguntas de las que consta son:

1. ¿quiere dejar de fumar?
2. ¿con que ganas quiere dejarlo?
3. ¿intentará dejarlo en las próximas semanas?
4. ¿cree que dentro de 6 meses no fumará?

**Otras herramientas o habilidades** son las que nos permitirán obtener una comunicación terapéutica eficaz con nuestros pacientes, que en este caso tienen unas características particulares debidas a su rango de edad y etapa vital en la que se encuentran.

Al iniciar el hábito tabáquico en la adolescencia, se percibe al principio una falsa sensación de seguridad en la que el adolescente reconoce poder dejar de fumar cuando él lo desee, pero mientras el tiempo avanza y el consumo de tabaco aumenta estos se sienten “esclavos” del consumo. Este efecto no es relevante ni es causa de inquietud para el adolescente, ya que aun sabiendo las complicaciones potenciales que tendrán si fuman tabaco a lo largo de su vida, no son para ellos de gran preocupación porque son problemas que no les afectan en el momento de la vida en la que están. Sin embargo, son mucho más sensibles a ciertos temas de salud que pueden afectarles hoy en día, sobre todo aquellos relacionados con su imagen personal o autoestima<sup>(32) (33)</sup>.

Es importante saber los puntos sensibles de nuestros adolescentes, lo es también el conocer qué modelo de comunicación puede ayudarnos a captar mejor su atención.

Para lograr cambios de actitud ante ciertas conductas de salud, nuestro objetivo será conseguir un aprendizaje en el paciente para que desarrolle herramientas con las que pueda afrontar futuras situaciones, para ello las clases magistrales o la oferta de simple información no es la manera más adecuada de educar, pero si debemos ofertar talleres participativos haciendo al paciente protagonista en su aprendizaje que ligen bien con la subcultura propia del adolescente, redirigiendo a los jóvenes hacia hábitos saludables como hacer deporte para ayudar a disminuir el consumo de tabaco en este grupo <sup>(34)</sup> <sup>(33)</sup>.

## CONCLUSIONES

---

Queda evidenciado que el tabaco es una verdadera epidemia generando alta morbimortalidad e importante pérdida de calidad de vida. Cuando logramos dejar de fumar, desde el minuto uno nuestro cuerpo empieza a experimentar mejoras en la salud en la mayoría de sus órganos, deteriorados por las sustancias nocivas que tienen los cigarrillos, pero nunca esta mejora llegará hasta el nivel de salud que teníamos previamente al comienzo del hábito.

Los programas de lucha contra el tabaquismo tienen una ratio costo/eficacia bastante alto porque la inversión en personal y monetaria es mínima. Estas inversiones monetarias en los distintos planes que hemos conocido se reducen a la impresión de folletos de ayuda o soportes publicitarios del plan entre otros.

Hay distinta eficacia en función de que plan de intervención utilicemos, sobre todo porque en cuanto a educación para la salud se trata, reproducir unas determinadas condiciones en las que se desarrolla un plan es muy complicado.

Dejar de fumar es difícil, pero con la adecuada ayuda se puede conseguir, aunque tengamos secuelas que nos va a dejar ese consumo que hemos realizado durante tiempo.

Pero a continuación de esta investigación nos hemos propuesto esta pregunta  
**¿Por qué hemos de empezar a fumar?**

Si tantas evidencias existen sobre el perjuicio para la salud que produce el tabaco, lo mejor para nuestra salud a corto, medio y largo plazo va a ser no empezar a fumar **NUNCA** y de esa manera no vamos a tener que exponernos a futuras complicaciones o incluso a la muerte.

La etapa de inicio del hábito tabáquico se encuentra por lo general en la adolescencia, entre los 13 y 18 años está el grupo más vulnerable. Por eso es de gran importancia que dotemos a los adolescentes de conocimientos y herramientas para que puedan enfrentarse a la problemática del tabaco y llegado el caso, poder tomar su propia decisión cuando tengan un cigarrillo entre las manos. Por eso, y esta es mi propuesta, diseñar de un programa de educación para la salud en la escuela.

### **-PROGRAMA ANTITABACO EN LA ESCUELA:**

- **¿Por qué?** Porque en la escuela o instituto es el lugar ideal para la formación de los jóvenes y no sólo en las materias curriculares. La educación para la salud también debe ser impartida aquí de manera independiente como herramienta generadora de salud.

- **¿A quién?** A los jóvenes que se encuentren entre los cursos de 1º de la ESO y 2º de Bachillerato. Porque este rango de edad es donde hay una mayor prevalencia en el inicio del consumo de tabaco, también en estas edades y no antes los chicos y chicas tienen los conocimientos necesarios para poder comprender los efectos nocivos que tiene el tabaco en la salud.

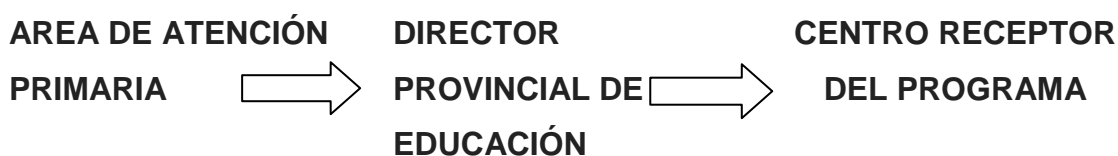
- **¿Cómo?** Impartiendo talleres participativos a lo largo del curso académico en el que los alumnos de una clase aprendan los efectos que tiene el tabaco en el organismo. Estos talleres serán de 50 minutos de duración combinando conocimientos teóricos con desarrollo de actividades prácticas para reforzar lo aprendido.

- **¿Quién?** Las enfermeras especialistas en pediatría y las enfermeras especialistas en familiar y comunitaria del centro de salud de la zona. La enfermera gracias a su formación de graduada hace que sea la figura ideal para poder impartir educación para la salud. Ya son muchos los colectivos que se dirigen a las escuelas, varios de ellos privados, para ofertar programas de

educación para la salud (AECC, Cruz Roja, ayuntamiento, ...) no siendo estos los equipos adecuados en formación para la salud. Si enfermería no reclama estas actividades, otros lo harán y perderemos uno de los nichos más característicos de la profesión, quedando relegados como técnicos especializados de ciertas actividades.

- **¿Dónde?** En las escuelas o institutos. La estructura de división en cursos y clases que tienen estos centros facilita nuestro trabajo dividiendo a los chicos en grupos homogéneos.

Este tipo de proyectos deben empezarse desde el centro de salud como centro de referencia en la promoción de la salud en la zona. Desde el centro de salud debemos lanzar el proyecto al área de atención primaria para que se ponga en contacto con el director provincial de educación, quien será el responsable de presentarlo al centro receptor del programa (un centro de educación secundaria dentro de la zona en la que se encuentre el centro de salud).



Una vez que el proyecto llega a manos del centro de educación que será beneficiario del programa, el equipo de enfermería encargado del proyecto debe reunirse con el equipo pedagógico (director del centro, tutores de las clases, jefe de estudios y orientador) para explicar y consensuar la información, organización y funcionamiento. Tras esto el siguiente paso debe ser informar a la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) el contenido del mismo.

El primer contacto con los alumnos lo realizaremos a través de la página web del centro volcando en la misma contenidos con información referente al tabaco, su mortalidad, incidencia y mecanismos de acción.

Tras el primer contacto en las redes, nos dirigiremos a las clases que vayan a ser las receptoras del programa para presentarnos como enfermeros del centro de salud y explicando los objetivos que queremos lograr conseguir con las sesiones que vamos a realizar.

La formación se impartirá a lo largo del curso escolar, en horas reservadas desde las tutorías para la promoción de la salud. Durante el curso se impartirán un total de 6 talleres divididos en 2 por trimestre.

Es importante que estos talleres no se agrupen en un mismo espacio de tiempo, puesto la motivación de los jóvenes puede presentarse a modo de campana de Gauss con un pico, pero terminando por olvidar cuando llevemos tiempo sin realizar ningún taller. El modelo de motivación que buscaremos debe asemejarse a una gráfica exponencial logrando un mantenimiento de la sensibilidad hacia el tabaco cuando termine el curso.

Los talleres que vamos a impartir tendrán una duración de 50 minutos. Estos talleres deben cumplir ciertos criterios y ser participativos para que sean atractivos y didácticos para al alumnado y a su vez generen conocimientos y concienciación en la prevención:

-Deben ofrecer **información teórica** a partir de la cual podamos generar conocimiento.

-Que los alumnos generen su propio conocimiento a partir de **actividades prácticas**.

Por eso cada taller consta de:

- 10 minutos de **teoría** que ofrecerá el enfermero apoyándose siempre con un soporte visual (cartel, power point, ...).

-30 minutos de **taller prácticos** acorde al objetivo de la sesión dividiendo la clase en pequeños grupos (máximo de 5 alumnos).

- 10 minutos finales para que los grupos saquen las **conclusiones** del taller y las expongan al resto de grupos.

Como método de evaluación del programa vamos a utilizar encuestas que administraremos a las clases antes de la primera sesión, entre la tercera y cuarta sesión anual y después de la sexta y última sesión. Esta encuesta estará formada por diversas preguntas que nos ofrezcan información sobre que

conocimientos acerca del tabaco tienen los jóvenes, consumo de tabaco de ese grupo y sensibilidad hacia el tema del tabaquismo.

De esta manera analizando los resultados nos será posible contrastar si las clases están mejorando su percepción, información y conocimientos del tabaco, pero lo más importante, si toda esa información sirve para reducir el consumo de tabaco.

La parte más importante de este programa está dedicada a la prevención del hábito tabáquico, pero no olvidemos que hay una alta probabilidad que algunos de nuestros alumnos prueben el tabaco o comiencen a fumar durante estos 6 años de acompañamiento. Por lo que debemos desarrollar una intervención para ellos.

La captación será activa, pero la participación en el programa de intervención para el tabaquismo será voluntaria, o a través de las encuestas que realizamos como evaluación. Tras la captación derivaremos al alumno al centro de salud para ser tratado por un equipo multidisciplinar, interviniendo el enfermero como director del programa, médico ofreciendo apoyo farmacológico si fuera preciso y psicólogo cuando el consumo derive de un comportamiento anómalo.

La deshabituación tabáquica se hará con la unión de distintos tipos de intervenciones, siguiendo como modelo de intervención Prochaska y Diclemente para conformar 5 grupos en función de las 5 etapas que se describe en este método. Los grupos actuarán como método de apoyo entre miembros al organizar sesiones en la que los miembros avanzarán en su lucha contra el hábito tabáquico, la clave de esta terapia es la motivación grupal a través de la cual, los miembros del grupo sean capaces de generar conocimiento y herramientas para lograr el cese de su consumo.

El enfermero actuará como guía de las sesiones proponiendo actividades que nos faciliten el objetivo final.

Como coadyuvante en la deshabituación, tendremos a nuestra disposición los fármacos antitabaco que el médico prescriba valorando la individualidad de cada miembro del grupo.

Hay una gran importancia en la estructuración de la información que vamos a ofrecer a los adolescentes durante los diferentes años. Para ir avanzando en la información que van a desarrollar durante los diferentes talleres debemos aclarar los objetivos que queremos conseguir durante las distintas etapas para lograr nuestro objetivo final: que nuestros adolescentes sepan enfrentarse al tabaco en su día a día fuera de la escuela.

<b>CURSO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
1º ESO	-Definir que es una droga y conocer sus características -Saber diferenciar entre drogas blandas y duras, legales e ilegales.
2º ESO	-Definición del tabaco y tipos de tabaco. -Conocer las características más importantes del tabaco.
3º ESO	-Desglosar la composición del tabaco. -Identificar los efectos nocivos de las sustancias del tabaco.
4º ESO	-Señalar el efecto que tienen las sustancias en el organismo, pudiendo diferenciar los órganos diana de los mismos.
1º BACHILLER	-Determinar las conductas sociales que nos conducen hacia el tabaco. -Conocer los pasos que nos llevan a adquirir una rutina de fumar.
2º BACHILLER	-Identificar el carácter social del tabaco y las herramientas publicitarias que lo apoyan. -Tener un espíritu crítico ante la información que obtenemos del tabaco, así como un conocimiento objetivo y eficaz.

*Tabla 4 Objetivos a desarrollar por curso académico.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control de tabaco. Publicación científica. Washington DC: OPS/OMS; 2000. Report No.: 577.
2. OMS. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. In 56 asamblea mundial de la salud; 12 mayo de 2003.
3. tabaquismo . Evaluación del Control del Tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. ; Abril 2009.
4. Ferlay J . Los patrones de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa: las estimaciones para 40 países en 2012. European J Cancer. 2013 abril.
5. Eduardo Gutiérrez-Abejón. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. Medicina clinica. 2015 diciembre; 145(12).
6. Instituto nacional de estadística. [Online].; 2015 [cited 2017 febrero 7. Available from: <http://www.ine.es/>.
7. Asociación española contra el cancer. [Online].; 2015 [cited 2017 Febrero 7. Available from: <https://www.aecc.es>.
8. Rosa Hernández-Ribas. Consumo de sustancias, adicción y cáncer. Puntos clave. Revista iberoamericana de psicopatología. 2016;(120).
9. Aurora Isabel Norte Navarro. Estudio de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores. Nutrición hospitalaria. 2016; 33.
10. Sociedad española de cardiología. [Online].; 2016 [cited 2017 Febrero 7. Available from: <http://secardiologia.es>.
11. M. Barrueco Ferrero. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. In. Madrid: Ergon; 2003.
12. Isabel Saiz Martínez . Plan nacional de prevención y control del tabaquismo. Revista española de salud pública. 2003 Julio-Agosto; 77(4).
13. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. ESTUDES. Estudio. Madrid:, Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas; 2016.
14. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. EDADES. Estudio. Madrid;; 2015.
15. Gerencia de servicios sociales y oportunidades. VII Plan regional sobre drogas. Proyecto. Junta de castilla y leon; 2017.
16. Rodríguez, Angel. Tabaquismo en la adolescencia y la intervención

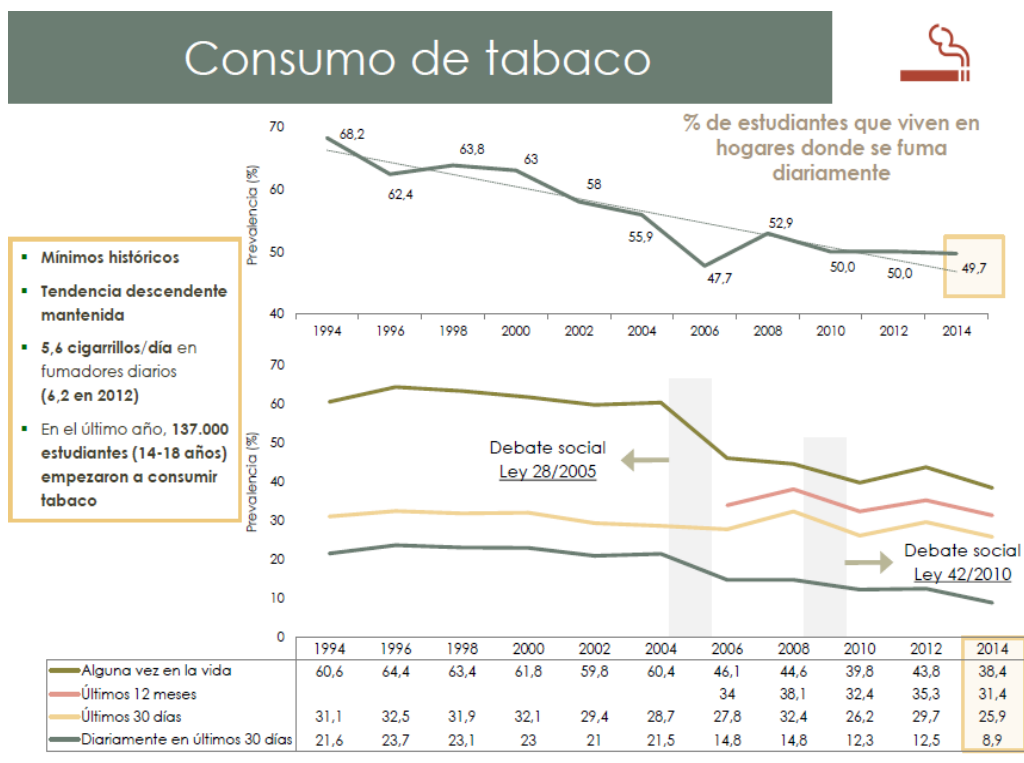


- enfermera. Revisión bibliográfica. Avila: Complejo Sanitario de Ávila; 2014.
17. BOE. Real Decreto 192/1988. 1988 Marzo 4. Sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.
  18. BOE. Ley 38/1992. 1992 Diciembre 28. De impuestos generales.
  19. BOE. Ley 13/1999. 1999 Mayo 4. Ordenación del mercado de tabacos y normativa tributaria.
  20. BOE. Real Decreto 1199/1999. 1999 julio 9. Desarrollo de la ley 13/1999.
  21. BOE. Ley 28/2005. 2005 Diciembre 26. De medidas sanitarias frente al tabaquismo.
  22. BOE. Ley 42/2010. 2010 Diciembre 30. Modificación de ley 28/2005.
  23. J. Galbe Sánchez-Ventura. Prevención del tabaquismo activo. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2009; XI(17).
  24. Ángel Martínez-Hernáeza. Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimos negativos y rol de comunicación familiar. Estudio. Cataluña:, Instituto de infancia y mundo urbano; 2009. Report No.: 090730.
  25. Fidel Martínez Toribio. DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. Guia para la gestión integrada de procesos asistenciales. Guia clínica. Junta de Castilla y Leon, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades; 2010.
  26. Junta Castilla y Leon. Cartera Servicios Sanidad CyL. , Consejería Sanidad Cyl; 2015.
  27. Evangelina Alonso Turienzo. Guía para la promoción de la salud en los centros docentes de Castilla y León. Guia clínica. Junta de Castilla y Leon, Consejería de sanidad; 2006. Report No.: VA-697/06.
  28. Elena Samarin Ocampos. Métodos empleados y motivos para dejar de fumar de los exfumadores. Revista de medicina clínica familiar. 2014 marzo; 7.
  29. Sergio Rico Martín. Diseño y ejecución de un programa de deshabituación tabáquica en estudiantes de enfermería de Cáceres. Enfermería Comunitaria. 2014 Julio; 10.
  30. Gallardo BE. Protocolo de ayuda a la deshabituación tabáquica: Experiencia en un centro de salud. HYGIA. 2006 III CUATRIMESTRE;(64).
  31. María Leticia Rubí García Valenzuela. Programa para dejar de fumar: Una intervención breve que favorece el estilo de vida saludable. San Nicolas: Universidad Michoacana, Facultad de enfermería; 2010.

32. Alejandro Pérez-Milena . Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Gaceta sanitaria. 2012; 26.
33. María Esther Rodríguez Priego. Prevención e Intervención básica en tabaquismo en adolescentes: un abordaje desde el punto de vista oral. Granada: Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud; 2014.
34. Carlos Mártires . Los jóvenes y salud. In VI Jornadas de la fundación Index; 2001; Granada.

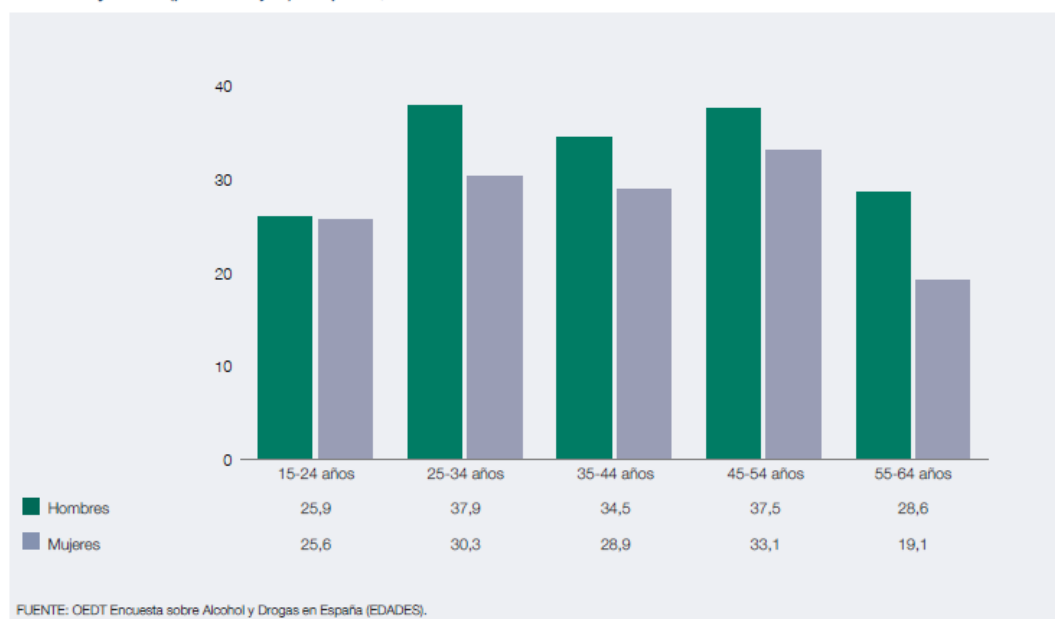
## ANEXOS

### Anexos 1- Informe STUDES

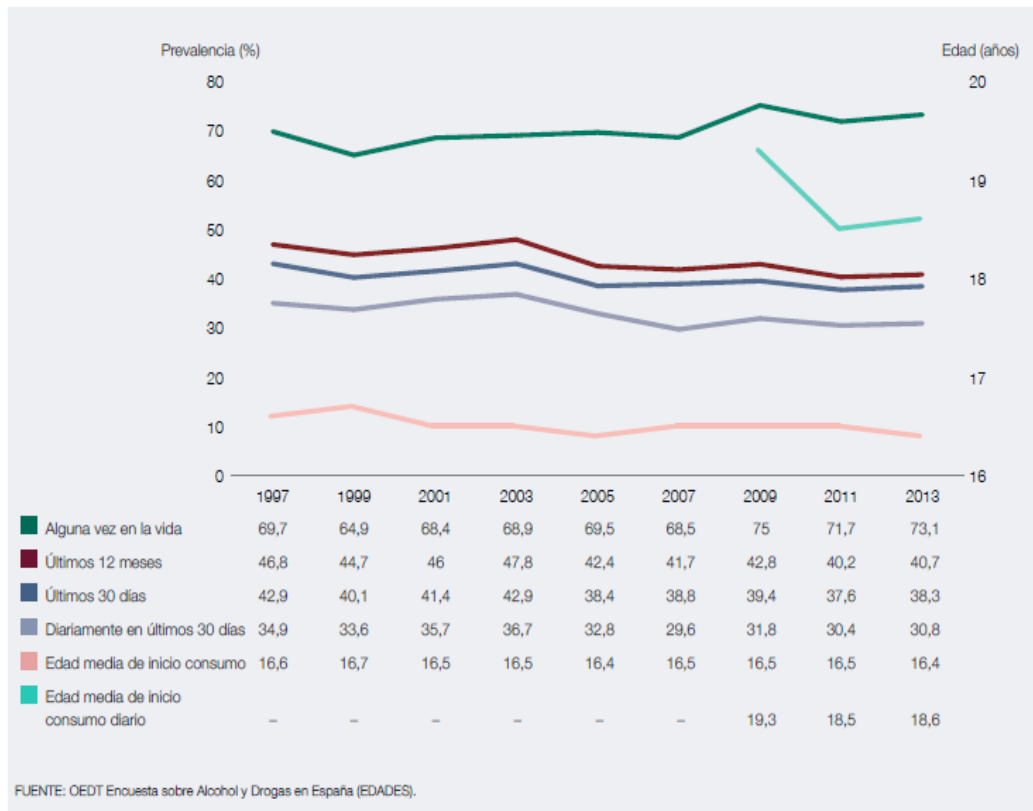


### Anexos 2- Informe EDADES

Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2013.



Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2013.



Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2013.



## Anexos 3- Test de Fagerstrom

TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO		
Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	Hasta 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (hospital, cine, biblioteca,...)?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	31 o más cigarrillos/día	3
	Entre 21 y 30 cigarrillos/día	2
	Entre 11 y 20 cigarrillos/día	1
	Menos de 11 cigarrillos/día	0
¿Fuma con más frecuencia durante las primera horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

*Puntuaciones:  
Menores o iguales a 3 puntos, grado leve de dependencia.  
Valores de 4 a 6 puntos implican una dependencia moderada.  
Si la puntuación es igual o superior a 7 puntos, grado severo de dependencia.*

## Anexos 4- Test de Richmond

# Test de Richmond. Motivación para dejar de fumar

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

**Resultados:** Puntuación menor o igual a 6: baja dependencia  
Puntuación entre 6 y 9: dependencia media  
Puntuación mayor de 10: dependencia alta

