



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO FIN DE MÁSTER:

“PROPUESTA Y DISEÑO DE UN PROGRAMA DE
PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN EL
ÁMBITO FAMILIAR: PROGRAMA CUÍDATE,
CUÍDALOS”

Máster en Psicopedagogía

Autora: Lucía Ferrón Huerga

Tutoras académicas: Carmela Martínez Vispo

Clara González Sanguino

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por apoyarme en todos los momentos en los que me he sentido agobiada y bloqueada sin saber cómo continuar. A mi pareja por no dejar que me rindiera y animarme a continuar hasta el final. A mis tutoras por su paciencia, dedicación, ayuda y comprensión ante cualquier duda y situación difícil que me dificultaba la elaboración de este proyecto. A la Universidad de Valladolid por darme la oportunidad de ampliar mi formación académica y todas las facilidades y recursos que me han proporcionado sus instalaciones.

RESUMEN

El Trabajo Fin de Máster que a continuación se presenta tiene la finalidad de hacer una propuesta de un programa de prevención del consumo de tabaco en el ámbito familiar. La realización de esta propuesta es importante ya que en el mundo fallecen millones de personas a causa de su consumo y está asociado a la aparición de múltiples enfermedades, en los consumidores y en las personas de su alrededor.

Esta propuesta se centra en el ámbito familiar porque es un contexto que, a través de varios aspectos como la relación familiar, la estructura, la disciplina y las actitudes y conductas, puede influir en el consumo o no de tabaco. Además, existe una escasa literatura científica en la que se desarrolle y analice programas de prevención del consumo de tabaco en el ámbito familiar.

El programa de prevención del consumo de tabaco propuesto está dirigido hacia adolescentes de 12 a 16 años y a sus respectivos padres. En el se realiza una evaluación inicial, final y de seguimiento a los seis meses. En los adolescentes se evalúa el consumo de tabaco, las actitudes hacia su consumo, la información que poseen acerca del tabaco, la asertividad y la inteligencia emocional, y en los padres se evalúan las habilidades parentales y las actitudes hacia el consumo de tabaco.

Finalmente, en el programa de prevención del consumo de tabaco, se llevarán a cabo 13 sesiones. En estas sesiones se ofrece información sobre el tabaco, sus componentes, la prevalencia, las consecuencias de su consumo. Además, se trabaja la asertividad, la gestión emocional, la resistencia a la presión social y la resolución de conflictos.

Palabras clave: tabaco, prevención, familiar, consumo, adolescentes, padres.

ABSTRACT

The purpose of the Master's thesis presented below is to make a proposal for a programme to prevent tobacco consumption in the family environment. This proposal is important because million people die worldwide as a result of tobacco consumption and it is associated with the appearance of multiple illnesses, both in consumers and in the people around them.

This proposal focuses on the family environment because it is a context that, through various aspects such as family relationships, structure, discipline and attitudes and behaviours, can influence tobacco consumption or not. In addition, there is a scarcity of scientific literature developing and analysing smoking prevention programmes in the family setting.

The proposed smoking prevention programme is aimed at adolescents aged 12 to 16 years and their parents. It includes an initial, final and six-month follow-up assessment. Adolescents are assessed on their tobacco use, attitudes towards tobacco use, information they have about tobacco, assertiveness and emotional intelligence, and parents are assessed on their parenting skills and attitudes towards tobacco use.

Finally, in the smoking prevention programme, 13 sessions will take place. In these sessions, information is provided on tobacco, its components, prevalence and the consequences of its consumption. They also work on assertiveness, emotional management, resistance to social pressure and conflict resolution.

Keywords: tobacco, prevention, family, consumption, adolescents, parents.

ÍNDICE

1. Introducción	10
2. Objetivos	12
3. Justificación	13
4. Marco Teórico	17
4.1. ¿Qué es el tabaco?	17
4.1.1. Breve historia	17
4.1.2. Componentes del tabaco en la actualidad	19
4.1.3. Productos derivados del tabaco	20
4.2. ¿Qué es el tabaquismo?	21
4.3. Tipos de fumador	24
4.3.1. Fumador activo	24
4.3.2. Fumador pasivo	24
4.4. Prevalencia del consumo de tabaco	25
4.4.1. Situación en Europa	27
4.4.2. Situación en España	28
4.5. Factores de riesgo y protección para el inicio del consumo de tabaco	31
4.5.1. Factores de riesgo y protección ambientales	32
4.5.2. Factores de riesgo y protección individuales	34
4.6. Consecuencias del consumo de tabaco	36
4.7. Prevención del consumo de sustancias	38
4.8. Programas existentes dirigidos a la prevención del consumo de tabaco	40
4.9. Modelos teóricos en los que se basa la propuesta de intervención	42
4.9.1. Teoría de la conducta planificada	42
4.9.2. Modelo de competencia	43
4.9.3. Modelo de Kandel	43
4.9.4. Aprendizaje social o cognitivo social	43

5. Propuesta de Intervención	45
5.1. Introducción	45
5.2. Población destinataria y contextualización	45
5.3. Objetivo de la intervención	48
5.3.1. Objetivo general	48
5.3.2. Objetivos específicos	48
5.4. Propuesta de actividades	48
5.5. Recursos humanos y materiales	61
5.6. Evaluación	62
5.6.1. Instrumentos de evaluación	62
5.6.2. Momentos de evaluación	64
5.7. Resultados esperados	64
6. Conclusiones Finales	66
7. Referencias Bibliográficas	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Componentes del humo del tabaco.	19
Tabla 2. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Consumo de Tabaco según el DSM-5.	22
Tabla 3. Criterios diagnósticos para la Abstinencia de Tabaco según el DSM-5.	24
Tabla 4. Prevalencia de consumo (millones) por zonas geográficas del mundo en los años 2000 y 2015.	26
Tabla 5. Prevalencia (%) de uso de tabaco y tipo de tabaco por zonas geográficas del mundo en 2018.	27
Tabla 6. Prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio de consumo en la población de 15 a 64 años en 2017 y 2019/2020 según la EDADES.	29
Tabla 7. Prevalencia de consumo y edad de inicio de consumo en la población de 14 a 18 años en 2019 y 2021 según la ESTUDES.	30
Tabla 8. Prevalencia de consumo diario, edad media de inicio de consumo diario y producto de tabaco por sexos en la población de 14 a 18 años en 2021 según la ESTUDES.	30
Tabla 9. Prevalencia (%) de consumo de tabaco en los últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días por sexo y edad en la población de 14 a 18 años en 2021 según la ESTUDES.	31
Tabla 10. Número de fallecimientos atribuibles al consumo de tabaco en función del sexo en España en el año 2016.	37
Tabla 11. Conceptualización clásica y actual de los tipos de prevención.	39
Tabla 12. Sesión 1. Evaluación pretest con los adolescentes.	49
Tabla 13. Sesión 2. Evaluación pretest con los padres.	50
Tabla 14. Sesión 3. Información sobre el tabaco con los adolescentes.	51
Tabla 15. Sesión 4. Información sobre el tabaco con los padres.	52
Tabla 16. Sesión 5. La imagen del fumador con los adolescentes.	53
Tabla 17. Sesión 6. La etapa de la adolescencia y la asertividad con los padres.	54
Tabla 18. Sesión 7. Resolución de conflictos con los padres y los adolescentes.	55
Tabla 19. Sesión 8. La gestión emocional con los adolescentes.	56
Tabla 20. Sesión 9. Apoyo emocional de padres a hijos.	57
Tabla 21. Sesión 10. Resistencia a la presión social y la asertividad con los adolescentes.	58
Tabla 22. Sesión 11. Compartir experiencias entre padres.	59
Tabla 23. Sesión 12. Repaso de contenidos del programa de prevención del consumo de tabaco con los padres y los adolescentes.	60

Tabla 24. Sesión 13. Evaluación posttest del programa de prevención del consumo de tabaco con los padres y los adolescentes.	60
---	----

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia (%) de fumadores de tabaco en los países de la Unión Europea.....	28
---	----

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cartel informativo del programa de prevención del consumo de tabaco: “Cuidate, cuídalos”.....	77
Anexo 2. Folleto informativo del programa de prevención del consumo de tabaco: “Cuidate, cuídalos”.....	78
Anexo 3. Hoja de inscripción al programa de prevención del consumo de tabaco: “Cuidate, cuídalos”.....	79
Anexo 4. Entrevista semiestructurada adolescentes.....	80
Anexo 5. Entrevista semiestructurada para padres.....	81
Anexo 6. La adaptación del Cuestionario de Información de Macià et al., (1993).....	82
Anexo 7. La adaptación del Cuestionario de Actitudes de Macià (1986).....	83
Anexo 8. Cuestionario basado en la prueba ASSITS de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2011).....	85
Anexo 9. Escala de Asertividad de Rathus (1973).....	87
Anexo 10. Adaptación de la Escala de Parentalidad Positiva de 13 a 17 años de Gómez Muzzio y Contreras Yevenes (2019).....	89
Anexo 11. Kahoot de mitos y realidades sobre el tabaco.....	93
Anexo 12. Situaciones ficticias de asertividad para padres.....	94
Anexo 13. Situaciones ficticias de resolución de conflictos.....	95
Anexo 14. Situaciones ficticias de gestión emocional para los adolescentes.....	96
Anexo 15. Situaciones ficticias en las que los hijos están experimentando emociones y sentimientos negativos.....	97
Anexo 16. Vídeo resistencia a la presión social.....	98
Anexo 17. Kahoot repaso.....	99
Anexo 18. ¿Quién quiere ser millonario?.....	100
Anexo 19. Cuestionario de valoración para hijos.....	101
Anexo 20. Cuestionario de valoración padres.....	102

1. Introducción

Este Trabajo Fin de Máster titulado “Propuesta y diseño de un programa de prevención del consumo de tabaco en el ámbito familiar: programa Cuídate, cuídalos”, ha surgido porque el consumo de tabaco según datos de la Organización Mundial de la salud (2022) causa más de 8 millones de fallecimientos en el mundo y es una de las principales causas de muertes evitables, y además de provocar el fallecimiento de las personas, el consumo de tabaco está asociado a la aparición de múltiples enfermedades como el cáncer (Becoña et al., 1994; Samet, 2002), enfermedades cardiovasculares (Gutiérrez-Abejón, 2015), problemas en el embarazo (Hyland et al., 2015), y enfermedades en las personas de alrededor como consecuencia del consumo pasivo (Becoña et al., 1994).

El consumo de tabaco suele iniciarse en la etapa de la adolescencia. Según los datos más recientes proporcionados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021) el tabaco es una de las sustancias más consumidas entre los 15 y 24 años, cuya edad de inicio se sitúa sobre los 14 años teniendo en cuenta los datos de la Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. El consumo de tabaco, además de ocasionar problemas de salud a nivel físico como diferentes tipos de cáncer o problemas cardiovasculares (Samet, 2002; Gutiérrez-Abejón, 2015) entre otras enfermedades, se relaciona también con una peor salud mental (American Psychiatric Association, 2013). El consumo de tabaco es uno de los problemas sanitarios más importantes que, con medidas preventivas, tanto a nivel individual y social como a nivel político y económico, podrían reducir su impacto en la sociedad y en el contexto sanitario.

Este TFM se articula en dos bloques: en el primer bloque se realiza una revisión bibliográfica sobre el tabaco, definiéndose que es, cuál es su origen, especificando sus componentes, cómo se adquiere la conducta de fumar tabaco, los trastornos mentales asociados al consumo de tabaco, los tipos de fumador, la prevalencia tanto a nivel mundial como a nivel europeo y de España, los factores de riesgo y los factores de protección y las consecuencias del consumo de tabaco. Además, en este bloque se especifican los modelos teóricos en los que se basa esta propuesta de programa de prevención del consumo de tabaco, así como se proporciona información acerca de programas preventivos del consumo de tabaco que ya existen y han sido implementados. En el segundo bloque se presenta el diseño de un programa preventivo del consumo de tabaco, los destinatarios, el contexto en el que se llevaría a cabo, las actividades, la evaluación, los recursos materiales y humanos y los resultados esperados.

La propuesta del programa de prevención del consumo de tabaco “*Cuídate, cuídalos*” está dirigido a población adolescente de entre 12 y 16 años y a sus padres. Este se llevaría a cabo en la Casa de la Cultura “La Encomienda” situada en el municipio zamorano de Benavente. Los componentes de la propuesta de prevención son dotar de información sobre el tabaco a todos los participantes, desarrollar habilidades parentales que favorezcan una buena relación intrafamiliar y el entrenamiento en habilidades sociales y de gestión emocional que promuevan el no consumo de tabaco.

Es importante destacar que, previo al desarrollo del programa de prevención del consumo de tabaco, se especifican unos criterios de inclusión y exclusión y se propone un cribado, a través de una entrevista, para seleccionar a los participantes que cumplan con los criterios establecidos. Además, antes de comenzar con los contenidos del programa de prevención del consumo de tabaco, después su desarrollo y a los seis meses se realiza una evaluación. En los adolescentes se evalúa el consumo de tabaco, la información que poseen sobre dicha sustancia, actitudes hacia el consumo de esta, la asertividad y la inteligencia emocional; y en los padres se evalúan las habilidades parentales y las actitudes hacia el consumo de tabaco.

Con la propuesta del programa de prevención, además de pretender conseguir el objetivo general de prevenir y/o retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, se espera mejorar la relación familiar, las habilidades parentales, las habilidades sociales como la asertividad y la resistencia a la presión social, la gestión emocional y la resolución de conflictos.

En el presente TFM se reflejan los conocimientos que se han adquirido durante el desarrollo del Máster en Psicopedagogía. Además, en el presente TFM se ha intentado usar un lenguaje neutro, aunque en ocasiones se ha optado por la utilización del género masculino para referirse al género femenino y masculino como propone la RAE y la FUNDEU.

2. Objetivos

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Máster es, diseñar un programa de prevención familiar del consumo de tabaco, con la finalidad de prevenir y/o retrasar el consumo de tabaco en la población adolescente de entre 12 y 16 años.

Para lograr este objetivo general, se fijan los siguientes objetivos específicos, que servirán de guía durante la realización de este trabajo:

1. Revisar la bibliografía disponible acerca del tabaco.
2. Comprender qué es el tabaco, su origen, sus componentes, cómo se adquiere la conducta tabáquica, que factores pueden estar implicados en el inicio y mantenimiento de dicha conducta y las consecuencias derivadas de dicha conducta.
3. Analizar los índices de prevalencia del consumo de tabaco.
4. Investigar y comprender modelos teóricos explicativos de la adquisición de la conducta tabáquica
5. Revisar los programas de prevención del consumo de tabaco y otras sustancias.
6. Diseñar un programa de prevención familiar del consumo de tabaco basado en la literatura científica y la evidencia.
7. Diseñar actividades que favorezcan la consecución del objetivo general del programa de prevención del consumo de tabaco.

3. **Justificación**

Este Trabajo Fin de Máster titulado “Propuesta y diseño de un programa de prevención del consumo de tabaco en el ámbito familiar: programa Cuídate, cuídalos” ha surgido porque a mi alrededor he tenido varias personas fumadoras prácticamente desde la adolescencia, las cuales han sufrido diversos problemas de salud que se pueden asociar al consumo de tabaco.

Para explicar la importancia de este Trabajo Fin de Máster, es importante comenzar explicando el comportamiento humano. Desde pequeños, los individuos según Bandura (1977) en su desarrollo de la teoría del aprendizaje social, adquieren habilidades y conocimientos en base al análisis y valoración de las situaciones del entorno, ya sea por experiencias directas y de las consecuencias de la conducta y por observación de la conducta de otros individuos. Si los efectos de la conducta son positivos es probable que la conducta se reproduzca hasta que deje de surtir tal efecto (Cobo, s.f.).

Teniendo en cuenta lo mencionado con anterioridad, los infantes aprenden en la familia, valores, actitudes, comportamientos, etc., que le servirán en un futuro a desarrollarse en su entorno (Suárez Palacio y Vélez Múnera, 2018).

Una etapa importante de la vida de las personas es la adolescencia, en la que las personas empiezan a formar su identidad, buscar formar parte de un grupo, ser más independientes, distanciamiento de los padres o conflictos con ellos, etc. (Pineda Pérez y Aliño Santiago, s.f.).

Debido a esa búsqueda de encajar en un grupo y hacer amigos, es importante las compañías que escogen ya que rodearse de personas consumidoras o estar en ambientes en los que se consume drogas como el tabaco puede hacer que los adolescentes comiencen a consumirlas (Caballero-Hidalgo, 2005; Peñafiel Pedrosa, 2009; Villa et al., 2006).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022), el consumo de tabaco es el causante de millones de muertes en el mundo que pueden ser evitadas y cuyo inicio del consumo en España según datos del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021) se sitúa en esa etapa de la vida. Sin embargo, pese a que la edad de inicio del consumo de tabaco se sitúe en la adolescencia, no implica que toda la población comience a consumir en esta etapa.

En el inicio del consumo de tabaco existen varios factores que influyen en la decisión de consumir, estos factores pueden ser familiares, personales y ambientales, como explican autores como López Larrosa y Rodríguez-Arias (2010), Muñoz-Rivas y Graña (2001),

Longest y Shanahan (2007), Peñafiel Pedrosa (2009) entre otros. En el mantenimiento de la conducta de consumir tabaco, además de influir los factores mencionados con anterioridad, la nicotina, posee un papel fundamental ya que es la sustancia adictiva del tabaco según la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, AC (2005).

Respecto a las consecuencias del consumo de tabaco, además de producir la muerte como se observa en el estudio de Pérez-Ríos et al., (2020), puede producir diversas enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cánceres, etc., tanto en el consumidor como en las personas de su alrededor según Becoña et al., (1994), Samet (2002), Gutiérrez-Abejón (2015), Hyland et al., (2015) y Miyake (2013). Es por todo esto que la prevención del consumo de tabaco es esencial tanto a nivel sanitario como a nivel social ya que, el consumo de tabaco es una problemática que afecta directa o indirectamente a toda la población.

El presente Trabajo Fin de Máster plantea el diseño y planificación de un programa de prevención familiar del consumo de tabaco en un contexto no formal. Este trabajo pone en práctica los contenidos impartidos y refleja las competencias y destrezas adquiridas en las diversas asignaturas del Máster en Psicopedagogía. A continuación, se expone cada una de las competencias de la titulación del Máster en Psicopedagogía y cómo se han adquirido.

G1. Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos -de forma autónoma y creativa- y en contextos más amplios o multidisciplinarios. En este TFM se ha adquirido esta competencia a través de la búsqueda bibliográfica de literatura sobre las drogodependencias y en especial sobre el tabaco, y la puesta en práctica de dichos contenidos en la propuesta y diseño de un programa de prevención del consumo de tabaco en la familia.

G2. Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta. Esta competencia ha sido alcanzada en este TFM, mediante la lectura de la literatura sobre las drogodependencias y el tabaco y teniendo en cuenta la base científica de los programas de prevención existentes cuya eficacia ha sido evaluada.

G3. Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones, así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades. En este TFM, se ha logrado esta competencia a través de un vocabulario sencillo sin la utilización de palabras técnicas que son propias del campo de las drogadicciones.

G4. Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia cultura y las otras culturas o grupos y de las implicaciones sobre su actuación profesional y potenciar el respecto

de las diferencias individuales y sociales. Esta competencia ha sido adquirida porque como se ha mencionado con anterioridad el lenguaje utilizado no contiene palabras técnicas y durante el diseño y planificación del programa de prevención se ha tenido en cuenta el contexto en el que se implementaría.

G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención. En este TFM se ha adquirido a través del diseño y planteamiento de un programa de prevención en el que el objetivo, contenidos y actividades del programa serían explicados con antelación a los posibles participantes de este para que puedan valorar si participar o no. Además, se ha garantizado una participación informada y voluntaria mediante el consentimiento informado y un anonimato y confidencialidad en los datos que se recogieran.

G6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional. En este TFM, se ha conseguido esta competencia mediante la utilización de herramientas tecnológicas en el diseño y planificación de las actividades del programa de prevención del consumo de tabaco.

G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional. Esta competencia ha sido adquirida en la realización de este TFM a través del análisis crítico de las limitaciones y mejoras del programa de prevención del consumo de tabaco.

Competencias específicas:

E1. Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto. En este TFM, se ha adquirido esta competencia mediante la búsqueda y lectura de la literatura sobre las drogodependencias y el tabaco y la evaluación de los participantes del programa de prevención del consumo de tabaco diseñado.

E2. Asesorar y orientar a los profesionales de la educación y agentes socioeducativos en la organización, el diseño e implementación de procesos y experiencias de enseñanza aprendizaje, facilitando la atención a la diversidad y la igualdad de oportunidades. Esa competencia ha sido alcanzada en este TFM, en el diseño y planificación del programa de prevención del consumo de tabaco mediante la dotación de información sobre dicho programa

a los centros educativos del municipio en el que se desarrolla para que estos lo promocionen entre su alumnado.

E3. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas. Esta competencia ha sido adquirida en este TFM, a través de la planificación de actividades con los padres que les orientan en cómo actuar en diversas situaciones con sus hijos y en actividades con los adolescentes que les orientan en cómo actuar en situaciones con sus padres y con personas del entorno.

E4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos, y E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos. En este TFM se ha logrado estas competencias mediante la propuesta y diseño del programa de prevención del consumo de tabaco y la planificación de las sesiones y sus materiales, la descripción de los recursos necesarios, el establecimiento de los momentos de evaluación pretest y postest.

E6. Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas. Esta competencia se ha alcanzado en este TFM, a través de la colaboración con los centros educativos, el ayuntamiento del municipio y la asociación con la que se colaboraría.

E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica. Esta competencia se ha logrado como se ha mencionado en el objetivo G.7. mediante el análisis crítico de las limitaciones del programa de prevención del consumo de tabaco diseñado y las propuestas de mejora de este.

4. Marco Teórico

4.1. ¿Qué es el tabaco?

El tabaco es una sustancia estimulante del sistema nervioso central y una de las principales causas de muerte y enfermedades evitables en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2022). A continuación, se explica brevemente la historia del tabaco, cuáles son sus componentes y las diferentes formas de consumirlo.

4.1.1. Breve historia

El tabaco se trata de una planta perteneciente al género *Nicotiana* y a la familia botánica de las Solanáceas. Tiene las hojas verdes, grandes y puntiagudas y su tallo tiene entre medio metro y un metro de estatura, es recto, redondo y con un grosor aproximado de un dedo. De esta planta existen dos variedades, la *Nicotiana Rústica* con un alto grado de contenido en nicotina y la *Nicotiana Tabacum* la cual es utilizada de manera común en la actualidad para la elaboración de los cigarrillos (Pascual Pastor y Vicéns Llorca, 2004).

Antiguamente, según Pascual Pastor y Vicéns Llorca (2004), se trataba de una planta cultivada inicialmente en América principalmente en la cultura maya, aunque su consumo se extendió a diversas regiones entre el 2000 a. C. y el 987 d. C. Esta planta era usada por la cultura maya como rituales religiosos, mágicos. En la época precolombina incluso la utilizaban con fines curativos ya que, esta cultura pensaba que el humo del tabaco expulsaba a los espíritus malignos causantes de las enfermedades. En el siglo XII la cultura azteca invadió a la cultura maya y adoptaron la costumbre de fumar tabaco con carácter social.

Posteriormente, en el siglo XV cuando Cristóbal Colón descubrió América hallaron a los nativos americanos con esta costumbre, la cual fue adoptada por los conquistadores y traída en el siglo XVI a Europa por Rodrigo de Jerez y, Francisco Hernández de Toledo introdujo la semilla. A mediados del siglo XVI se introduce en Francia y se creía que podía curar múltiples enfermedades como tos, dolores de cabeza, problemas de la piel, etc. A finales del siglo XVI llega a Inglaterra donde la realeza tomó la costumbre de fumar en pipa según Llamas en 1982 (citado por Pascual Pastor y Vicéns Llorca, 2004). El uso del tabaco se extendió rápidamente y en el siglo XVII se extendió por el continente asiático y africano (Pascual Pastor y Vicéns Llorca, 2004).

Respecto a España, en el siglo XVI comienza la producción, transporte y su uso se extendió a más personas y grupos sociales desfavorecidos. En el siglo XVII comenzó a industrializarse su fabricación, creándose en Sevilla y Cádiz las primeras fábricas en las que se elaboraba tabaco en polvo que servía para la elaboración del Rapé. Después, se

comenzaron a elaborar los cigarrillos puros. Años más tarde países como Italia, Francia y Alemania iniciaron su fabricación lo que produjo que se redujera la importancia de las fábricas españolas. Además, se creó la primera fábrica de tabaco en Cuba (Pascual Pastor y Vicéns Llorca, 2004).

En el siglo XVIII, América se convierte en el primer productor mundial debido a la invención de la máquina de elaboración de cigarrillos. Asimismo, se comenzó a comentar los efectos negativos del consumo del tabaco. En España el consumo de tabaco en cigarrillos aumentó y su uso en polvo y pipa disminuyó, aunque esta forma de consumirlo continuó prevaleciendo en Europa en la clase burguesa y aristocrática. A finales de este siglo, la fábrica de Sevilla comienza a elaborar el cigarrillo puro debido a la extensión de su consumo hacia las clases más pudientes y se establecen más fábricas en todo el territorio (Pascual Pastor y Vicéns Llorca, 2004).

Asimismo, desde el siglo XVIII hasta el inicio del siglo XIX, el monopolio del tabaco estuvo en la Compañía Arrendataria de la Renta de Tabacos de España. En el siglo XX, se comienzan a elaborar las cajetillas de cigarrillos de tabaco debido a su uso extendido entre todas las clases sociales. Asimismo, a mediados del siglo XX se comienza a investigar los efectos nocivos que tiene el tabaco sobre la salud, se relaciona el cáncer de pulmón y el tabaco y la OMS en 1956 manifestó que el tabaco es la principal causa de muerte evitable (Pascual Pastor y Vicéns Llorca, 2004).

A nivel internacional, según Villalbí et al., (2019) debido al descubrimiento de los efectos nocivos, se generaron y desarrollaron diversas acciones informativas, de promoción de abandono del consumo o del hábito de fumar y de prevención del consumo en escuelas. En España, no se toma ninguna medida preventiva hasta la llegada de la época de la transición y la democracia. Además, en este periodo histórico las medidas y acciones tomadas se percibían entre la población como insuficientes y la alta prevalencia de consumo de tabaco entre los trabajadores de sectores profesionales implicados en el desarrollo de las acciones preventivas impedía progresar. Posteriormente, las políticas regulatorias y preventivas que a nivel europeo se desarrollaban, obligaron a España a adoptar medidas dirigidas a favorecer la disminución del consumo, como el control fiscal o de la publicidad (Villalbí et al., 2019).

A finales del siglo XX, surge en España el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) y a principios del siglo XXI, concretamente en 2005, se aprueba la Ley 28/2005 que establece medidas en materia de salud frente al consumo de tabaco y regula la venta, el consumo y la publicidad de productos de tabaco (Villalbí et al., 2019), la cual fue modificada por la Ley 42/2010 en la que se prohíbe fumar en espacios públicos cerrados y

colectivos (Boletín Oficial del Estado, 2010). En el año 2021 debido a la crisis sanitaria de la Covid-19 en España se aprueba la resolución de 4 de junio de 2021, en la que se toman medidas sanitarias frente a la enfermedad, entre las que se encuentra la prohibición del consumo de tabaco y otros productos relacionados en la vía pública, espacios al aire libre, áreas para eventos o actividades multitudinarias no ordinarias al aire libre cuando no se pueda mantener la distancia mínima de dos metros entre las personas (Boletín Oficial del Estado, 2021).

4.1.2. Componentes del tabaco en la actualidad

Según el Royal College of Physicians (2021) se han identificado más 7.000 componentes del humo de tabaco los cuales se pueden dividir en: componentes constituyentes del tabaco, compuestos derivados de la combustión del cigarrillo y compuestos añadidos en la fabricación (Tabla 1).

Tabla 1.

Componentes del humo del tabaco

Componentes del tabaco	Componentes derivados de la combustión	Aditivos
Nicotina	Hidrocarburos policíclicos	Mentol
Alcaloides menores del tabaco (nornicotina, anatabina, anabasina)	aromáticos (benzo[a]pireno)	Humectantes (glicerina, glicol de propileno)
Nitrosaminas específicas del tabaco (derivado de la nicotina), cetona de nitrosamina (NNK), N-nitrosornicotina (NNN)	Formaldehído	Compuestos de amonio
	Acetaldehído	Cacao
	1,3-Butadieno	Regaliz
Arsénico	Benceno	Edulcorantes (melaza, sorbitol)
Metales pesados (plomo, cadmio, níquel)	Acroleína	

Fuente: Royal College of Physicians (2021).

Según el National Toxicology Program, (s.f.) el humo del tabaco contiene más de 400 componente gaseosos, los más abundantes son el nitrógeno con un 58%, dióxido de carbono 13%, oxígeno 12%, monóxido de carbono 3,5% y el hidrógeno 0,5%. Además de los componentes citados anteriormente, se encuentran: óxidos de carbono, óxidos de nitrógeno, amoniaco, cianuro de hidrógeno, aldehídos y cetonas volátiles, alcanos y alquenos no volátiles, benceno, hidracina, cloruro de vinilo, isoprenoides, fitoesteroles, compuestos

aromáticos polinucleares, alcoholes, aldehídos y cetonas no volátiles, fenoles, quinonas, ácidos carboxílicos, ésteres, lactonas, aminas y amidas, alcaloides, piridinas, pirroles, pirazinas, N-nitrosaminas, metales, elementos radiactivos, productos químicos derivados de la agricultura y aditivos químicos.

Asimismo, la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, AC (2005) explica que en el tabaco se encuentra la nicotina, el componente más importante ya que, es la principal responsable de la adicción al mismo. La nicotina si deja de administrarse causa el síndrome de abstinencia. Además, esta sustancia incide en el sistema circulatorio causando taquicardias, aumento de la presión arterial, vasoconstricción periférica, etc. (Becoña et al. 1994).

4.1.3. Productos derivados del tabaco

Existen diversas formas de consumir tabaco, ya sea en polvo como el rapé o masticándolo, aunque en la actualidad la manera más común de consumir tabaco es a través del cigarrillo tradicional, el tabaco de liar, el cigarro puro, el cigarrillo electrónico y los nuevos productos de tabaco calentado. Este apartado se centra en los cuatro últimos.

1. El cigarro puro es un tipo de producto de tabaco en el que la envoltura y su contenido son hojas de tabaco (Becoña et al., 1994)
2. El cigarrillo es un producto que se diferencia del anterior en la envoltura, ya que esta no se trata de hojas de tabaco sino de papel de librillo o maíz. Dentro del cigarrillo también se puede encontrar el cigarro o tabaco de liar, en el que es la persona la que manualmente tiene que elaborar el cigarro (Becoña et al. 1994).
3. El cigarrillo electrónico (e-cig) es un dispositivo que sin combustión calienta mediante una batería una solución que contiene dosis de nicotina, humectantes y aromas, las cuales pueden variar en función y dentro de la misma marca (Córdoba, 2014).
4. Los productos de tabaco calentado (PTC) son productos que calientan el tabaco a través de una batería y que al calentarlo produce aerosoles en los que se encuentra nicotina y otras sustancias químicas los cuales son inhalados por la boca (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

Debido a la existencia de diversas formas de consumir tabaco y aunque la mayoría de los consumidores elijen un único tipo de producto de tabaco, en la actualidad se ha observado que existen diversos patrones de consumo dual o policonsumo (Johnson et al., 2018), es decir, que los consumidores utilicen varios tipos de productos de tabaco.

4.2. ¿Qué es el tabaquismo?

Según el National Institute on Drug Abuse (NIDA)(2022) las personas fuman mayoritariamente debido a la dependencia de la nicotina. A nivel cerebral la nicotina, como señalan Picciotto y Mineur (2014), estimula la liberación de dopamina, la cual influye en el mecanismo de refuerzo de la conducta tabáquica. Gómez-Durán et al., (1998) en una revisión de la literatura acerca del proceso de adquisición de la conducta tabáquica estableció cinco fases: preparación, iniciación, experimentación, consumo regular o habituación y mantenimiento o adicción. A continuación, se describe cada una de ellas teniendo en cuenta las etapas establecidas por dicho autor y por Becoña et al., (1994):

1. En la fase de preparación intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales (Becoña et al., 1994) los cuales, influyen en la construcción de imagen o percepción de las personas más jóvenes sobre la acción de fumar (Gómez-Durán et al., 1998).
2. En la fase de iniciación, el individuo prueba los primeros cigarrillos, y los factores sociales como la presión social, opinión de la familia sobre el consumo, la publicidad, la aparición de imágenes sobre el consumo en medios de comunicación, redes sociales, disponibilidad (Becoña et al., 1994), familiares consumidores, etc.; los factores fisiológicos como las sensaciones desagradables: tos, vómitos, mareos, etc.; los factores psicológicos: estado emocional de impotencia o desamparo; y la percepción de los riesgos: creencias y disminución de las consecuencias del tabaco (Becoña et al., 1994); son importantes ya que, influyen en la continuidad o detención del consumo (Gómez-Durán et al., 1998).
3. En la fase de experimentación, los factores descritos anteriormente también tienen relevancia y la frecuencia de la acción de fumar aumenta. Además, el individuo adquiere aprendizajes de mejora o perfeccionamiento de la acción de fumar: postura de agarre del cigarrillo, encendido e inhalación; obtiene refuerzo positivo mediante la aceptación de sus iguales, se produce una mejora la imagen de sí mismo, y comienza a desarrollar tolerancia hacia los efectos negativos o desagradables del consumo (Gómez-Durán et al., 1998).
4. En la fase de consumo regular, la frecuencia se estabiliza y el individuo experimenta las ventajas que obtiene a través del consumo como puede ser: una mejora del estado del ánimo, control del estrés, el control del peso corporal (Becoña et al., 1994). Por ello la persona continúa consumiendo y la acción de fumar se convierte en un hábito (Gómez-Durán et al., 1998).

5. La fase de mantenimiento o adicción se caracteriza por la dependencia física al tabaco. Es decir, se desarrolla la adicción a la nicotina, lo que provoca que la acción de fumar se realice para obtener refuerzo positivo con sensaciones placenteras (Gómez-Duran et al., 1998) y para evitar las sensaciones desagradables que se producen si se deja de consumir, es decir, los síntomas de abstinencia (Becoña et al., 1994).

Cabe destacar que, durante el desarrollo de las fases, existen una serie de factores de riesgo y protección que influyen de manera significativa en el inicio y desarrollo del hábito de fumar. Estas se describen más adelante en el apartado correspondiente de factores de riesgo y de protección para el inicio del consumo de tabaco.

Además, es importante resaltar que en el manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª Edición (DSM-5) elaborado por la American Psychiatric Association (APA) (2013), se especifica la existencia de diversos trastornos derivados del consumo de tabaco: el Trastorno por consumo de tabaco, la Abstinencia de tabaco y otros trastornos inducidos por el tabaco.

El trastorno por consumo de tabaco cual se define como: un consumo o uso de tabaco problemático que causa deterioro o malestar significativo desde un punto de vista clínico y es habitual entre las personas que consumen tabaco sin humo y tabaco cotidianamente. Para que se pueda diagnosticar este trastorno, la persona debe cumplir dos de los siguientes criterios diagnósticos en un periodo de 12 meses (Tabla 2):

Tabla 2.

Criterios diagnósticos para el Trastorno por Consumo de Tabaco según el DSM-5

-
- A. Consumo de tabaco con regularidad en cantidades mayores o durante un tiempo más extenso.
 - B. Existencia de un deseo constante o esfuerzos fallidos de dejar o controlar el consumo de tabaco.
 - C. Dedicar mucho tiempo en las actividades necesarias para obtener tabaco o consumirlo.
 - D. Deseo fuerte, ansias o necesidad de consumir tabaco.
 - E. Consumo reiterado de tabaco que provoca incumplir las actividades principales y esenciales del trabajo, escuela u hogar.
 - F. Consumo reiterado de tabaco a pesar de sufrir dificultades o problemas sociales o interpersonales continuos debidos o incrementados por los efectos del tabaco.
-

-
- G. El consumo o uso de tabaco causa el abandono o disminución de actividades sociales, profesionales o de ocio importantes.
 - H. Consumo periódico de tabaco en situaciones que causa un riesgo físico.
 - I. Se continua con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico constante o duradero probablemente provocado o intensificado por el tabaco.
 - J. Tolerancia o disminución, de los efectos negativos o molestos del consumo reiterado de tabaco, definido por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - b. Efecto considerablemente disminuido tras el consumo reiterado de la misma cantidad de tabaco
 - K. Abstinencia, manifestada por alguna de las siguientes circunstancias:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia particular o distintivo del tabaco.
 - b. Consumo de tabaco o de una sustancia semejante, por ejemplo, la nicotina, para paliar o eliminar los síntomas de abstinencia.
-

Fuente: American Psychiatric Association (2013).

Además, según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) los individuos pueden sufrir el síndrome de abstinencia a causa del abandono del consumo de tabaco, por ello muchas personas consumidoras utilizan el tabaco para reducir o evitar los síntomas de abstinencia lo que dificulta el abandono del hábito. La abstinencia de suele comenzar dentro de las 24 horas posteriores a la interrupción o disminución del consumo, después de 2 o 3 días se producen picos y su duración es de 2 o 3 semanas. Los síntomas que provoca son ocasionados en su mayoría por la disminución de la absorción de la nicotina. La abstinencia de tabaco debe cumplir los criterios diagnósticos del DSM-5 que se muestran en la Tabla 3:

Tabla 3.

Criterios diagnósticos para la Abstinencia de Tabaco según el DSM-5.

A. Uso cotidiano o diario de tabaco durante varias semanas	
B. Detención repentina o disminución del consumo de tabaco, y manifestación en las 24 horas siguientes de cuatro o más de los siguientes acontecimientos:	1. Irritabilidad, rabia o frustración.
	2. Ansiedad
	3. Dificultad para concentrarse.
	4. Aumento de apetito.
	5. Intranquilidad.
	6. Estado de ánimo deprimido.
	7. Insomnio
C. Los acontecimientos del apartado anterior causan un malestar clínico significativo en áreas importantes del funcionamiento del individuo.	
D. Los acontecimientos anteriores no se pueden explicar por otra causa médica o mental.	

Fuente: American Psychiatric Association (2013)

En otros trastornos inducidos por el tabaco, el DSM-5 habla del Trastorno del sueño inducido por el tabaco y el Trastorno relacionado con el tabaco no especificado.

4.3. Tipos de fumador

En lo referido al tipo de fumador se pueden observar dos clases, el fumador activo que fuma de por decisión propia, es decir, de manera voluntaria, y el fumador pasivo, que, al respirar, inhala el humo presente en el ambiente y que procede de la conducta de fumar activamente de otros individuos.

4.3.1. Fumador activo

El fumador activo es la persona que de manera voluntaria y consciente realiza el acto de fumar tabaco y por ello el que desarrolla la conducta tabáquica. El fumador activo inhala y exhala el humo principal, el humo que se produce en el extremo del cigarrillo (Samet, 2002).

4.3.2. Fumador pasivo

Según Samet (2002), se denomina fumador pasivo a la persona que respira el humo del tabaco que se encuentra en el ambiente. Este humo ambiental se compone del humo exhalado procedente de la persona que es fumadora activa y el humo derivado de la combustión del cigarrillo. El humo que las personas fumadoras pasivas inhalan, como se ha mencionado anteriormente, contiene sustancias nocivas para la salud según el National Toxicology Program (s.f.).

Respecto a la población expuesta al humo de tabaco, según Ma et al., (2021), esta ha descendido desde 1999 hasta 2018, aunque la exposición no es igual en todas las regiones, en la zona del Pacífico Occidental y Europa la exposición era más alta y en África y las zonas de las Américas más baja. A nivel global, hubo un descenso en la exposición al humo de tabaco en los hogares, sin embargo, la exposición en lugares públicos aumentó.

Según el estudio realizado por López et al., (2018) en España, en el que se analizaba a 2411 participantes entre los 0 y 11 años, el 71,8% de los estaban expuestos al humo ambiental. El mayor porcentaje de exposición al humo ambiental, el 48%, se encontró en las actividades de ocio, en especial en las terrazas exteriores de los bares, con un 26%, seguido de las puertas de centros educativos, 31,9% y en casa con un 25,8%.

4.4. Prevalencia del consumo de tabaco

Según el informe realizado por la World Health Organization (WHO) (2019) el número de personas que utilizan tabaco ha descendido desde el año 2000 con 1.397 millones de personas hasta 2015 con 1.351 millones de personas. Es destacable que, como se observa en la Tabla 4, en las zonas geográficas en las que se encuentran los países desarrollados la población consumidora ha disminuido, sin embargo, en las zonas pertenecientes a los países subdesarrollados el consumo aumenta.

Tabla 4.

Prevalencia de consumo (millones) por zonas geográficas del mundo en los años 2000 y 2015.

Región	2000	2015
África	64	71
América	182	149
Este del mediterráneo	80	90
Europa	227	193
Sureste de Asia	447	421
Oeste del Pacífico	399	427

Fuente: World Health Organization (2019).

Según el mismo informe de la World Health Organization (2019), en 2018 a nivel mundial un 23,6% de los adultos con 15 o más años consumían alguna forma de tabaco. De las personas que consumen tabaco, el 80% eran fumadores regulares, por ello la prevalencia de fumadores entre adultos se situaba en el 18,9%. La población fumadora que utilizaba cigarrillos era del 85%, es decir un 16,1% de la población adulta consumía cigarrillos (ver Tabla 5).

Por sexos, un 38,6% de los hombres y un 8,5% de las mujeres de 15 o mayor edad consumían alguna forma de tabaco en la actualidad. De la población consumidora de tabaco, un 84% de hombres y 65% de mujeres, eran fumadores, estos datos a nivel de la población en general se sitúan en un 32,4% de hombres y un 5,5% de mujeres. En lo referido al consumo de cigarrillos, un 27,5% de los hombres y un 4,8% de las mujeres, los consumía.

Tabla 5.

Prevalencia (%) de uso de tabaco y tipo de tabaco por zonas geográficas del mundo en 2018.

Región	Algún tipo de tabaco ¹	Fuma tabaco ²	Cigarrillo ³
Global	23,6	18,9	16,1
África	12,7	10,3	8,5
América	18,6	16,0	14,0
Este mediterráneo	19,3	17,1	13,8
Europa	26,3	26,2	24,2
Sureste de Asia	29,1	16,2	11,4
Oeste del pacífico	26,3	23,8	21,7

¹Algún tipo de tabaco: polvo, mascar, cigarrillos electrónicos, PTC, cigarrillos, cigarro puro, tabaco de liar, etc.

²Fuma tabaco: cigarrillos electrónicos, PTC, cigarrillos, cigarro puro y tabaco de liar.

³Fuma cigarrillo: solo cigarrillos

Fuente: World Health Organization (2019).

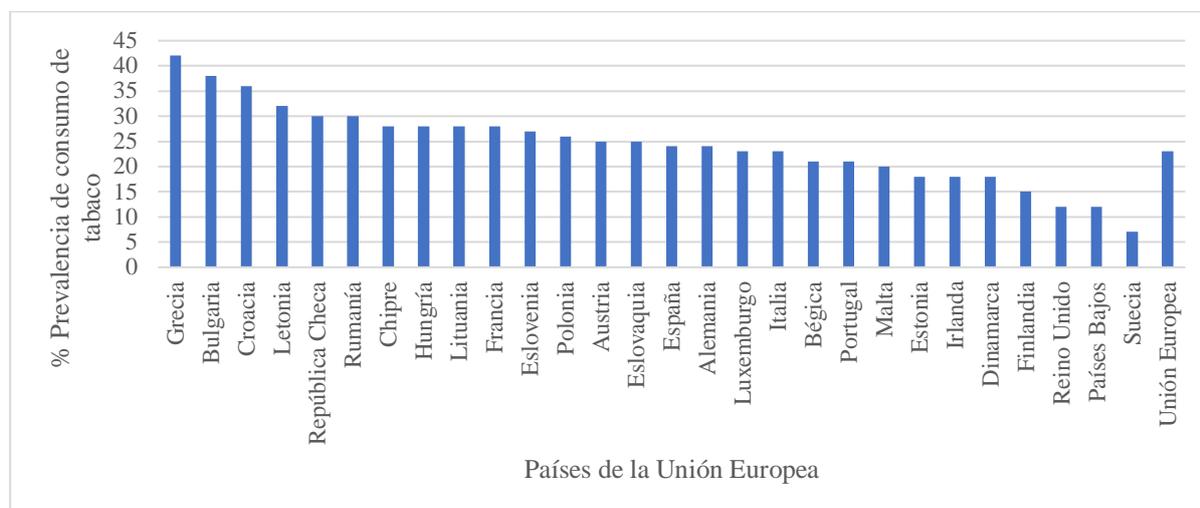
4.4.1. Situación en Europa

En la Unión Europea según el último Eurobarómetro publicado por la European Commission y Kantar (2021), que estudia las actitudes de las personas europeas hacia el tabaco y los cigarrillos electrónicos entre agosto y septiembre de 2020, menos de un 23% de los encuestados ha respondido fumar algún tipo de producto de tabaco en la actualidad, un 22% sostiene que solía fumar, pero lo ha dejado y un 55% manifiesta no haber fumado nunca.

Asimismo, según ese mismo estudio, uno de cada cinco encuestados es fumador. Sin embargo, existen diferencias en la prevalencia del consumo de tabaco en función del país. Los países con mayor prevalencia de fumadores son Grecia con un 42%, Bulgaria con un 38% y Croacia con un 36% y los países con menor prevalencia son Finlandia con un 15%, Países Bajos y Reino Unido con un 12% y Suecia con un 7% (Ver Figura 1).

Figura 1.

Prevalencia (%) de fumadores de tabaco en los países de la Unión Europea en 2020.



Fuente: European Commission y Kantar (2021).

Respecto al perfil sociodemográfico es destacable que: fuman más hombres que mujeres, un 26% y 21% respectivamente; la prevalencia entre el grupo joven de 15 a 24 ha disminuido de un 29% en 2014 a un 20% en 2017; según el tipo de empleo la prevalencia es mayor en la población desempleada con un 42%, seguida de la población con trabajos manuales con un 33%; y según el nivel económico, cuatro de cada diez personas con problemas para pagar las facturas fuma y entre las personas sin dificultades para pagar las facturas fuma menos de una quinta parte. Finalmente, un 59% utiliza cigarrillos electrónicos junto con cigarrillos, puros o pipa y un 79% de las personas utiliza PTC junto con cigarrillos, puros o pipas.

4.4.2. Situación en España

La tendencia del número de fumadores en España al igual que en Europa es descendente ya que, según el Instituto Nacional de Estadística (2021) en el año 2020 se produjo un descenso de más de un 3% en el número de fumadores respecto al año 2014, pasando de un 23% al 19,8% de población de 15 años o más.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2021) en la Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) señala que en año 2019/2020 el tabaco es la segunda sustancia más consumida en la población de 15 a 64 años, en la que un 70% de las personas han probado el tabaco alguna vez en la vida. En lo referido a la edad de inicio del consumo de tabaco, esta se sitúa en los 16,6 años en el año 2019/20. Y respecto al consumo diario de tabaco, la prevalencia ha descendido, situándose en 2017 en un 34% y en

2019/2020 en un 32,3% como se puede observar en la Tabla 6, y es más habitual en los hombres que en las mujeres.

Teniendo en cuenta el tipo de producto que se consume, un 73,9% de la población fumadora prefiere el tabaco de cajetilla, aunque es más frecuente su consumo en las mujeres con un 77,3%, que en hombres con un 71,2%. Por el contrario, el tabaco de liar es más habitual entre hombres con un 18,4% frente a las mujeres con un 15,2%.

Dentro de la población de 15 a 64 años, el 10,5% ha utilizado cigarrillos electrónicos con o sin nicotina alguna vez en la vida, y al igual que el cigarrillo convencional es más habitual entre hombres que en mujeres. En ese rango de edades, el grupo de edad que mayoritariamente lo utiliza es el de 15 a 24 años y es destacable que conforme la edad aumenta su uso desciende.

Tabla 6.

Prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio de consumo en la población de 15 a 64 años en 2017 y 2019/2020 según la EDADES.

	2017	2019
Alguna vez la vida (%)	69,7	70,0
Últimos 12 meses (%)	40,9	39,4
Últimos 30 días (%)	38,8	36,8
Diariamente en los últimos 30 días (%)	34,0	32,3
Edad media inicio del consumo	16,6	16,6
Edad media inicio del consumo diario	18,6	18,3

Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021) en la Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias En España (ESTUDES), la cual está dirigida a la población adolescente de entre 14 y 18 años, ha detectado que el tabaco es la segunda sustancia consumida. El 38,2% de los jóvenes consultados han consumido tabaco alguna vez en la vida, el 30,7% reconoce su consumo en los últimos 12 meses y el 23,9% reconoce haber consumido tabaco en los últimos 30 días, estos datos muestran un descenso respecto al año 2019 como se puede observar en la Tabla 7.

El consumo de tabaco en los últimos 30 días aumenta a medida que también lo hace la edad como se puede ver en la Tabla 9. Es destacable que, independientemente de la edad, las mujeres de entre 14 y 18 años consumen más tabaco que los hombres.

Respecto al consumo diario en los últimos 30 días, desde 1994 hasta 2021 se ha producido un descenso en su consumo de un 21,6% a un 9%. Por sexo y edad, al igual que el consumo en los últimos 30 días, los valores de prevalencia del consumo diario en los últimos 30 días aumentan conforme lo hace la edad como se puede observar en la Tabla 9.

La edad media en la que los jóvenes comienzan a consumir tabaco se sitúa a los 14,1 años una edad más temprana que la observada en la EDADES en 2020 la cual como se ha mencionado anteriormente se situaba en 16,6. Y la edad media del consumo diario en ambos sexos se sitúa en una edad similar como se puede observar en la Tabla 7.

Además, es destacable que, los hombres fuman más cigarrillos diarios que las mujeres, sin embargo, pese a que los hombres fuman más cigarrillos que las mujeres, las mujeres consumen más cajetillas y tabaco de liar que los hombres Tabla 8.

Durante el año 2021 el número de estudiantes de enseñanzas secundarias que ha iniciado su consumo en los últimos 12 meses y que anteriormente no había consumido tabaco, ha descendido respecto a 2016 cuya cifra se situaba en 184.600 personas y en 2019 en 169.600 personas y las mujeres son las que más comienzan a consumirlo.

Respecto al uso de cigarrillos electrónicos, un 44,3% de los estudiantes de 14 a 18 años los han utilizado alguna vez en la vida y la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres. Cabe destacar que el uso disminuye de forma general en comparación con años anteriores.

Tabla 7.

Prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio del consumo en la población de 14 a 18 años, en 2019 y 2021 según la ESTUDES.

	2019	2021
Alguna vez en la vida (%)	41,3	38,2
Últimos 12 meses (%)	35,0	30,7
Últimos 30 días (%)	26,7	23,9
Diariamente en los últimos 30 días (%)	9,8	9,0
Edad media inicio del consumo	14,1	14,1
Edad media de inicio del consumo diario	14,7	14,7

Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 8.

Prevalencia de consumo diario, edad media de inicio de consumo diario y producto de tabaco por sexos en la población de 14 a 18 años en 2021 según la ESTUDES.

	Hombres	Mujeres
Consumo diario (%)	8,8	9,2
Edad media de inicio del consumo diario	14,8	14,7
Media del consumo diario de cigarrillos	6,8	5,4
Consumo de tabaco de cajetilla (%)	26,2	29,8
Consumo de tabaco de liar (%)	21,8	23,2

Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 9.

Prevalencia (%) de consumo tabaco en los últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días por sexo y edad en la población de 14 a 18 años en 2021 según la ESTUDES.

Edad	Hombres					Mujeres				
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
Consumo tabaco últimos 30 días	10	14,5	24,2	29,6	33,2	16	21,8	29,3	33,3	40,9
Consumo diario en los últimos 30 días.	2,5	4	10,4	14,2	16,8	2,9	6,2	9,2	13,9	20,2

Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

4.5. Factores de riesgo y protección para el inicio del consumo de tabaco

Para comprender este apartado es importante explicar lo que se denominan factores de riesgo y factores de protección.

Según Clayton en 1992 (citado por Hernández y Espada, 2015) un factor de riesgo es: “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas” (p. 62); y un factor de protección es lo contrario de un factor de riesgo, según Alonso et al., en 2004 (citado por Hernández y Espada, 2015) es “aquellas condiciones o características tanto individuales como ambientales, que reducen la

probabilidad de que un individuo se inicie en el consumo o que llegue a generarle problemas” (p. 62).

El consumo de tabaco y otras drogas puede estar causado por múltiples factores según las revisiones que diversos autores como Muñoz-Rivas y Graña (2001), Longest y Shanahan (2007), López Larrosa y Rodríguez-Arias (2010) y Peñafiel Pedrosa (2009) entre otros, han realizado acerca de la literatura en general sobre el tabaco y el consumo de otras sustancias. Teniendo en cuenta dichas revisiones, los factores tanto de riesgo como de protección se pueden clasificar en: ambientales e individuales. Dentro de los factores ambientales se encuentran el contexto de la familia, la comunidad, la escuela y los compañeros e iguales. Entre los factores individuales se encuentran aspectos biológicos, psicológicos, actitudinales y de personalidad.

4.5.1. Factores de riesgo y protección ambientales

La familia. La familia es uno de los contextos que influye en el consumo o no de tabaco según Muñoz-Rivas y Graña (2001), Longest y Shanahan (2007), Oman et al., (2007), López Larrosa y Rodríguez-Arias (2010) y Peñafiel Pedrosa (2009). En la familia se encuentran diversos aspectos o dimensiones las cuales aumentan o disminuyen la probabilidad de que un individuo inicie y/o mantenga el hábito de consumo de tabaco u otras sustancias. Estas dimensiones son:

- ❖ **Relación familiar:** las relaciones afectivas y la comunicación influyen en el individuo de tal forma que son predictoras del riesgo o protección ante el consumo de tabaco. Según Muñoz-Rivas y Graña (2001) los conflictos familiares entre hijos y padres y entre los padres actuarían como un factor de riesgo en el consumo de drogas legales. Sin embargo, una buena relación familiar con vínculos afectivos entre los padres e hijos, los refuerzos ante una conducta positiva, el apoyo emocional de los padres hacia los hijos podrían ser factores de protección ante el consumo.
- ❖ **Estructura y composición de la familia.** Longest y Shanahan (2007) y Oman et al., (2007) sostienen que los hijos de familias monoparentales son más propensos a consumir sustancias. Además, según Longest y Shanahan (2007) se debe estudiar como posible causa del consumo el que los hijos de manera temprana adopten roles de adulto.
- ❖ **Disciplina.** Una escasa supervisión parental y la falta de reglas según López Larrosa y Rodríguez-Arias (2010) podrían ser un factor de riesgo. Además, según Muñoz-Rivas y Graña (2001) las normas de comportamiento y de convivencia contrarias al consumo de drogas podrían indicar ser un factor de protección frente al consumo.

- ❖ Actitudes y conductas de la familia: según López Larrosa y Rodríguez-Arias (2010) y Peñafiel Pedrosa (2009) las actitudes familiares positivas hacia el consumo de sustancias podrían ser un indicador de riesgo para el consumo de estas. Además, para López Larrosa y Rodríguez-Arias en 2010 las conductas familiares favorables al comportamiento antisocial parecen tener un efecto protector ante el consumo. Hawkins et al., (2004) manifiestan que la mala gestión familiar y tener un historial de consumo en la familia son de riesgo para fumar.

La comunidad. El contexto comunitario también es importante, ya que el nivel económico y social, la forma de vida, los valores y creencias que allí se manifiestan influyen de manera positiva o negativa en la probabilidad de iniciar y/o mantener el consumo de tabaco y otras drogas (Becoña y Cortés, 2011).

A nivel comunitario las dimensiones que se pueden establecer son:

- ❖ El lugar de convivencia: según Muñoz-Rivas et al., (2012), en función del lugar en el que se vive podría favorecer o no el consumo de drogas, como podría ser el tabaco. Para Hawkins et al., (2004) son factores de riesgo el poco apego al vecindario, la desorganización comunitaria, la percepción comunitaria favorable al consumo de sustancias.
- ❖ Las creencias y disponibilidad de acceso: al igual que la familia, las normas favorables al consumo de drogas y la disponibilidad según López Larrosa y Rodríguez-Arias (2010) serían factores de riesgo. Para Peñafiel Pedrosa (2009) la percepción de la accesibilidad de las sustancias como fácil se identifica como factor de riesgo.
- ❖ Leyes y normas: según Hawkins et al., (2004) las leyes favorables hacia el consumo de sustancias son un factor de riesgo.

La escuela. La escuela, a la par que la familia, se trata de un contexto en el que las personas comienzan a desarrollarse y a socializar. Según Becoña y Cortés (2011), la implicación de la escuela en el desarrollo y aprendizaje de los alumnos podría reducir el riesgo de consumo de tabaco y otras sustancias adictivas. Sin embargo, para esta misma autora, el tamaño del centro escolar es importante porque a mayor tamaño menor atención e implicación reciben los alumnos por parte de los docentes lo que influiría como factor de riesgo. Asimismo, López Larrosa y Rodríguez-Arias (2010) sostienen que las experiencias de fracaso escolar son un factor de riesgo. Finalmente, para Peñafiel Pedrosa (2009) el absentismo escolar también es un factor de riesgo y el ser un buen estudiante, mantener una buena relación con los docentes y sentirse bien en centro educativo son factores de protección.

Compañeros e iguales. El grupo de compañeros e iguales en la etapa de la adolescencia es primordial ya que su influencia es determinante en el inicio del consumo de tabaco y otras drogas. Dentro de este contexto se establecen los siguientes aspectos a tener en cuenta:

Rodearse de amigos o compañías con actitudes favorables al consumo y tener amigos consumidores para Villa et al., (2006) podrían influenciar en las actitudes hacia el consumo del individuo. Además, Caballero-Hidalgo (2005) destaca que tener un mejor amigo consumidor aumenta las probabilidades de consumo. En consonancia con lo anterior, Peñafiel Pedrosa (2009) sostiene que, acudir a bares con amigos, que estos consuman sustancias como el tabaco u otras drogas y ceder a la presión social está relacionado con un factor de riesgo, sin embargo, pasar el tiempo con amigos en actividades de ocio saludables como practicar deportes o ir de excursión podría ser un factor de protección.

4.5.2. Factores de riesgo y protección individuales

Biológicos. Dentro de los factores biológicos se encuentra el sexo y la edad, dos aspectos relevantes.

- ❖ **Sexo:** según se observa en los datos de la EDADES y la ESTUDES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021), la prevalencia de consumo es mayor en hombres que en mujeres. En la investigación realizada por Nebot et al., (2002) ambos sexos son influenciados por la presión social, la familia y el tipo de ocio, aunque algunos de estos factores influyen de maneras diferentes. Asimismo, según Muñoz-Rivas et al., (2012), los hombres consumen más tabaco y otras sustancias que las mujeres.
- ❖ **Edad:** el inicio del consumo en España según datos de la Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021) se sitúa en los 14,1 años. Hernández López et al., (2009) manifiesta que el inicio temprano en el consumo de alguna sustancia como el tabaco junto con otras sustancias podrían provocar el paso al consumo de drogas ilegales, y que conforme la edad aumenta el inicio en el consumo de tabaco y otras drogas desciende.

Psicológicos conductuales, actitudinales y de personalidad. Este factor es importante ya que, para Kamon et al., (2006) es probable que exista una asociación entre los problemas psicológicos y el consumo de sustancias en la población adolescente. Dentro de este factor se han analizado las siguientes situaciones o aspectos:

- ❖ Estado de ánimo: Graña y Muñoz-Rivas (2000) han señalado que sufrir depresión podría estar relacionado con el consumo de tabaco.
- ❖ Conducta: la conducta antisocial y de desinhibición para Graña y Muñoz-Rivas (2000) y Timmermans et al., (2008) es un factor que predice el consumo de sustancias. Además, según Timmermans et al., en 2008, algunas conductas que se pueden relacionar con el tabaco son la agresión y las violaciones de propiedad.
- ❖ Traumas: según Becoña y Cortés (2011) la presencia de situaciones traumáticas durante la infancia se relaciona con el consumo de sustancias y problemas psicológicos.
- ❖ Autoestima y autoconcepto: Shadel et al., (2008) los adolescentes más jóvenes con conflictos consigo mismos son más influenciados por los medios de comunicación hacia la conducta de fumar lo que provoca el aumento de la intención de fumar. Además, según Graña y Muñoz-Rivas (2000), las personas con alto autoconcepto tendrían una menor probabilidad de consumir tabaco.
- ❖ Actitud hacia las drogas: según Villa et al., (2006) y Peñafiel Pedrosa (2009) una actitud positiva hacia el consumo de sustancias se asocia con una errónea percepción del riesgo y las consecuencias de sus efectos, lo que es un factor de riesgo.
- ❖ Autocontrol: Según el nivel de autocontrol se puede asociar al consumo de drogas, especialmente, en relación con la cantidad y cronicidad, a mayor nivel de autocontrol menor probabilidad de consumir sustancias en mayor cantidad y durante más tiempo. Asimismo, relacionado con el autocontrol, Cortés et al., (2005) observaron que rechazar o evitar una ocasión de fumar rechazando el cigarrillo está relacionado con un buen nivel de autoeficacia y evitaría el cambio de etapa de consumidor experimental a consumidor regular.
- ❖ Extraversión: Para Inglés et al., (2007) un adolescente con extraversión es más probable que consuma tabaco que aquel que no es extravertido.
- ❖ Búsqueda de sensaciones: Zuckerman en 1979 determinó la búsqueda de sensaciones como “la necesidad de experiencias y sensaciones complejas, nuevas y variadas y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas” (citado por Muñoz-Rivas, 2012, p. 82). Según Baker y Yardley (2002) la búsqueda de sensaciones es una variable predictora del consumo de sustancias, a medida que aumenta la búsqueda de sensaciones aumenta el riesgo de consumir. Hay una asociación entre el consumo de sustancias y la búsqueda de sensaciones, que puede predecir su consumo y el riesgo.

- ❖ Impulsividad: Según Baker y Yardley (2002) la impulsividad, al igual que la búsqueda de sensaciones, es una variable que influye en el individuo hacia el consumo de sustancias.

4.6. Consecuencias del consumo de tabaco

Para comprender este apartado es importante explicar que efectos ejerce el tabaco sobre el organismo del que lo consume. Según Garrote y Bonet (2002), las nocivas del tabaco afectan principalmente al sistema respiratorio. La nicotina altera el funcionamiento ciliar de los pulmones lo que causa la retención de mucosidad en los pulmones y de sustancias cancerígenas. El monóxido de carbono provoca dificultad el transporte sanguíneo de oxígeno lo que provoca que aumente la presión sanguínea y el bombeo de sangre del corazón para garantizar una adecuada oxigenación.

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), los consumidores de tabaco comienzan a sufrir las consecuencias a partir de los 40 años, la mitad de estos fallecerá a consecuencia de una muerte prematura debido a una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, y en otra mitad de los consumidores se produce una morbilidad asociada con el tabaco.

La Organización Mundial de la Salud (2022) sostiene que a nivel mundial más de 8 millones de personas mueren debido al tabaco, de las cuales más de 7 millones son provocadas por el consumo directo de tabaco y cerca de 1,2 millones son causadas por la exposición al humo de tabaco ajeno.

Pérez-Ríos et al., (2020), señalan que en España en el año 2016 murieron 56.124 personas como consecuencia del consumo de tabaco, que la mayoría de ellas se produjo en hombres con un 84% y que el 50% de las muertes se produjeron en personas mayores de 74 años. De las muertes mencionadas la mitad estaban asociadas al cáncer, el 65% de pulmón, y a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como se puede observar en la Tabla 10. Además, se sostiene que una de cada cuatro muertes de las personas fumadoras se puede considerar prematura, es decir, se produjo antes de los 65 años.

Tabla 10.

Número de fallecimientos atribuibles al consumo de tabaco en función del sexo en España en el año 2016.

	Hombres	Mujeres
Cáncer de tráquea-bronquios-pulmón.	15214	3020
Otro tipo de cánceres	8727	1321
Cardiopatía isquémica	5756	1051
Otras enfermedades cardíacas	3102	1078
Enfermedad cerebrovascular	1763	520
Otras enfermedades vasculares	1403	320
Diabetes mellitus	449	90
Neumonía-gripe-tuberculosis	1556	311
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9030	1413
TOTAL	47000	9124

Fuente: Pérez-Ríos et al., (2020).

Además de las enfermedades mencionadas por Pérez-Ríos (2020), existen otras enfermedades o patologías asociadas al consumo de tabaco o a la exposición al del tabaco de segunda mano (Becoña et al., 1994; Gutiérrez-Abejón, 2015; Hyland et al., 2015; Miyake 2013; Samet, 2002), y que no solo afectan a personas adultas sino también a infantes.

Según Samet (2002) y Becoña et al., (1994) pueden desarrollarse múltiples tipos de cáncer asociados al consumo de tabaco como puede ser el de laringe, el oral, el de esófago, el de páncreas, el de riñón, el de vejiga y en mujeres puede ocasionar cáncer de cérvix uterino. El consumo de tabaco también puede provocar la aparición de enfermedades cardiovasculares como, la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial y otras cardiopatías según Gutiérrez-Abejón et al., (2015). Además, según Samet (2002) se puede desarrollar la EPOC, que provoca que las personas que la padecen sean más susceptibles de desarrollar infecciones respiratorias como resfriados, gripe, neumonías, bronquitis, etc.

Según Hyland et al., (2015) el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco está asociado al riesgo de sufrir problemas en el embarazo cómo embarazo ectópico, dar a luz a un bebe muerto y aborto espontáneo.

Además de las enfermedades mencionadas con anterioridad, el consumo de tabaco se ha relacionado con el desarrollo de otros problemas de salud en el recién nacido y en los infantes como los que se desarrollan a continuación. Según el estudio realizado por Miyake

(2013), en los recién nacidos de madres fumadoras durante todo el embarazo se ha observado un menor peso en su nacimiento. Además, el recién nacido puede desarrollar enfermedades pulmonares como asma y bronquitis si los padres continúan consumiendo tabaco, además de ser más susceptibles a ponerse enfermos con más frecuencia (Becoña et al., 1994).

4.7. Prevención del consumo de sustancias

Según la United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODC) (2000), la prevención es una intervención dirigida o planificada para cambiar los factores sociales y ambientales del consumo y/o abuso de drogas y alcohol, y que incluye acciones para disminuir o evitar la probabilidad de iniciar y/o mantener el hábito de consumir drogas en la población. Estas acciones pueden dirigirse hacia la población general a través de información en medios de comunicación o campañas educativas, hacia los jóvenes mediante iniciativas o campañas comunitarias o escolares. Asimismo, las intervenciones preventivas pueden ir dirigidas a población vulnerable y de riesgo como jóvenes que no acuden al centro educativo, hijos de progenitores consumidores, etc.

En función de la población a la que se dirija se pueden realizar tres tipos de intervención: universal, indicada o selectiva como se observa en la Tabla 11. Según el Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas elaborado por Alonso Sanz et al., (2004) la prevención universal es aquella que está dirigida hacia la población en general y puede implementarse en diferentes niveles o contextos como el comunitario, familiar o escolar. Algunas características de este tipo de prevención son:

1. Los destinatarios no se seleccionan debido a que está dirigida a grandes grupos de población.
2. Previenen el consumo de drogas o lo retrasan.
3. Las personas que la llevan a cabo pueden pertenecer a diversos campos como pedagogos, docentes, etc.
4. El coste es menor que otros tipos de prevención.

La prevención indicada es aquella que está dirigida a la población que no es adicta, pero presentan riesgo como personas con problemas de conducta, problemas psicológicos, etc (Alonso Sanz et al., 2004). Algunas características de este tipo de prevención son:

1. Pueden dirigirse hacia población que presenta signos de consumo o presentan factores de riesgo.
2. Planteada para interrumpir el avance del consumo.
3. Se seleccionan los destinatarios analizando los factores de riesgo y protección.
4. Su desarrollo se extiende en el tiempo y es de mayor intensidad.

5. Pretenden cambiar las conductas de los destinatarios.
6. El personal que lleva a cabo el programa preventivo debe ser experto o estar entrenado.
7. El coste es mayor que otro tipo de prevención.

La prevención selectiva se dirige a la población con especial riesgo de consumir sustancias (Alonso Sanz et al., 2004). Algunas características son:

1. La población a la que se dirige esta seleccionada teniendo en cuenta los factores de riesgo.
2. Está planteada para retrasar o prevenir el consumo de sustancias.
3. Conocer los factores de riesgo de la población destinataria permite llevar a cabo acciones dirigidas hacia dichos factores.
4. El personal debe estar especializado.
5. Las actividades o iniciativas están diseñadas para cambiar o mejorar las habilidades que permiten desenvolverse en la vida cotidiana.

Tabla 11.

Conceptualización clásica y actual de los tipos de prevención.

Conceptualización	Tipo de prevención	Definición
Clásica	Primaria	Intervención planteada antes de la aparición del problema para impedir que surja
	Secundaria	Intervención planteada para tratar el problema lo antes posible si no se ha podido impedir que surja
	Terciaria	Intervención diseñada para disminuir o evitar complicaciones o recaídas cuando el problema ya ha aparecido.
Actual	Universal	Dirigida a población general
	Selectiva	Dirigida a población con riesgo de consumir.
	Indicada	Dirigida a una población de alto riesgo, la cual puede ser consumidores o personas con problemas de conducta o psicológicos.

Fuente: Becoña (2002, p.70).

4.8. Programas existentes dirigidos a la prevención del consumo de tabaco

A continuación, se describen el programa Life Skills Training (LST), el programa PASE.bcn y el programa RealTeen. Estos programas han sido elegidos porque engloban múltiples factores de riesgo y protección: familiares, mediante la implicación de los padres, ambientales, a través del abordaje de habilidades sociales, etc., y personales, como la mejora de la autoestima.

El programa LST de Botvin y Griffin (2004) se trata de un programa preventivo del consumo de tabaco y otras drogas basado en la mejora de la autogestión como la identificación de problemas, pensar consecuencias, buscar soluciones alternativas, etc.; las habilidades sociales como iniciar conversaciones, asertividad, etc.; y de los conocimientos y actitudes sobre las drogas y resistencia a la presión social y de medios de comunicación.

El programa LST de Botvin y Griffin (2004) consta de 15 sesiones de 45 minutos de duración en el primer año con varias sesiones de refuerzo en los años posteriores. Las técnicas utilizadas en dicho programa son técnicas en habilidades cognitivo-conductuales, discusión en grupos, demostraciones y enseñanza tradicional de algunos contenidos.

A largo plazo, la implementación de este programa tiene efectos significativos en cuanto al menor consumo de cigarrillos y otras drogas entre las personas que recibieron el programa (Botvin et al., 1990 y Botvin et al., 2001).

Además, Gómez Fraguera et al., (2003) analizaron la eficacia del programa de prevención LST en la población española a través de tres grupos, un grupo es de control en el que no se aplica el programa, un segundo grupo en el que el programa es aplicado por docentes del centro escolar y un tercer grupo en el que el programa es aplicado por investigadores externos al centro. La evaluación de los resultados del programa se hizo en cuatro momentos, a los tres meses, al año, a los dos años y a los tres años, después de que finalizara la aplicación del programa de prevención. A los tres meses, pese a que el consumo de tabaco aumenta en todos los grupos, en los grupos en los que se aplica el programa aumenta en menor medida, especialmente en el grupo aplicado por investigadores. Al año siguiente, en los resultados se observa que el consumo de tabaco sigue aumentando en todos los grupos, pero en menor medida en los que se ha aplicado el programa de prevención. Y finalmente, a los dos y tres años, el consumo de tabaco era similar en los tres grupos.

Por otro lado, el programa PASE.bcn es un programa de prevención escolar del tabaquismo dirigido a adolescentes de entre 12 y 13 años (Ariza et al., 2016). Este programa está basado en el modelo Actitudes, Social-Influences y Self-Efficacy (ASE) de De Vries en

1995 (citado por Ariza et al., 2016) y consta de 6 unidades para realizarlas en 6 a 9 horas de tutoría, 6 horas se considera una intervención mínima y 9 completa.

La primera sesión tiene la finalidad de sensibilizar sobre la problemática de las sustancias adictivas mediante la enseñanza de conocimientos sobre el tabaco y otras drogas, el abordaje de las influencias sociales y el análisis de la autoeficacia de cada persona. La segunda sesión se centra en adquirir conceptos como dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia, diferenciar los efectos de una droga legal e ilegal, conocer las sustancias tóxicas del tabaco y las consecuencias de su consumo tanto activo como pasivo. La tercera sesión aborda en mayor profundidad la presión social para consumir tabaco y la asertividad. La cuarta sesión trata las situaciones reales de exposición al tabaco, los riesgos personales y los derechos de las personas no fumadoras. La quinta sesión trabaja las ventajas y desventajas de fumar, las habilidades para reconocer la presión social y las habilidades de rechazo al ofrecimiento de un cigarro. La sexta y última sesión trata de la aceptación del tabaco como droga y la conducta de fumar como adicción, las ventajas de no fumar y los factores predictivos de la conducta tabáquica.

A pesar de estar dirigido a un entorno escolar, las familias también están implicadas ya que se les puede dar información sobre las sustancias adictivas o pueden acudir a reuniones para explicar el programa. Además, se les pide que colaboren mediante el desarrollo de conductas no favorables al consumo, impulsando iniciativas, comentando o hablando de las drogas, etc.

Se ha encontrado resultados positivos del programa PASE.bcn en estudios comparativos con grupos de control como el de Ariza et al., (2008) en el que el grupo experimental en el que se impartió el programa obtuvo menores índices de consumo respecto al grupo de control. Además, según un estudio realizado por Hormigo (2009) sobre los costes y beneficios de este, se ha observado que es eficiente pudiendo evitar 67 nuevos fumadores de entre 6700 participantes y teniendo en cuenta los costes y beneficios tanto directos como indirectos de la implementación. Sin embargo, pese a los datos anteriores, según el estudio realizado por Puértolas et al., (2021) se ha observado una disminución en la implementación o cobertura de este programa en los centros escolares.

El programa preventivo RealTeen, como explica Schwinn et al., (2016) está dirigido a chicas adolescentes de entre 13 y 14 años con el objetivo de disminuir el consumo de drogas y mejorar su bienestar a través de una página web similar a una red social. Dentro de la web se desarrollan nueve sesiones, una por semana con una duración de 15-20 minutos aproximadamente, en las que se tratan la toma de decisiones, la autoestima, la imagen

corporal, conocimiento de drogas, habilidades comunicativas, etc. La estructura de las sesiones es similar, para comenzar se centran en la adquisición de habilidades, después se realizan actividades interactivas, a continuación, se lleva a cabo un repaso y finalmente un cuestionario. Esta red social mantiene el anonimato de las participantes ya que, su perfil solo se identifica mediante un icono que ellas mismas pueden elegir y asimismo, durante el desarrollo de las actividades interactivas pueden elegir si quieren publicar sus respuestas en una sección común o si prefieren mantener sus respuestas privadas.

El programa RealTeen se ha aplicado en 48 estados de Estados Unidos y la eficacia de este ha sido evaluada por Schwinn et al., (2019) durante dos y tres años de seguimiento en el que se ha comprobado que las participantes consumían menos cigarrillos y cigarrillos electrónicos en el último mes en el seguimiento a los dos y tres años.

Los programas preventivos mencionados muestran evidencia científica, aspecto fundamental en el desarrollo de un programa preventivo, y se centran en varios de los factores de riesgo y protección mencionados con anterioridad, como el entorno social y factores personales como la autoestima. Sin embargo, el contexto familiar tiene un papel secundario en estas intervenciones. Por esto y por la escasa literatura científica sobre programas de prevención del consumo de tabaco en los que participe la familia de manera activa, es necesario el diseño y estudio de programas preventivos que impliquen tanto a los adolescentes como a su familias, mediante actividades juntos y por separado, en el que se enseñen conocimientos sobre el tabaco, habilidades sociales, habilidades de gestión emocional, resolución de conflictos, resistencia a la presión social desde un enfoque familiar y que se sirva para prevenir el consumo de tabaco.

4.9. Modelos teóricos en los que se basa la propuesta de intervención

Las teorías o modelos teóricos en los que se basa la propuesta de intervención que se va a desarrollar en el próximo apartado son: la Teoría de la conducta planificada, el Modelo de Competencia, el Modelo de Kandel y el Aprendizaje Social o Cognitivo Social.

4.9.1. Teoría de la conducta planificada

Cómo menciona Becoña (s.f.) esta teoría fue desarrollada por Azjen y Fishbein en los años 80, y amplía la Teoría de la acción razonada desarrollada por los mismos autores. En la Teoría de la acción razonada el objetivo es predecir la conducta del sujeto, la cual está basada en la actitud y la presión social que percibe el sujeto.

En la Teoría de la conducta planificada Azjen (1991) da gran importancia a la intención del individuo de realizar una conducta determinada, en la que una mayor intencionalidad conductual hace que sea más probable su realización si existe una voluntad

para llevar a cabo o no dicha conducta. Asimismo, introduce el término control conductual percibido, es decir cómo el individuo percibe el nivel de control para realizar una conducta determinada. Este control está influenciado por los recursos y oportunidades que dispone el individuo para realizar una conducta específica.

4.9.2. Modelo de competencia

Surge en la década de los años 70 influenciado por la psicología comunitaria. Sus objetivos según Costa y López en 1989 (Becoña, s.f.) son: proporcionar estrategias, recursos, habilidades, etc., que aumenten o mejoren la competencia individual, y a nivel comunitario promover y desarrollar comunidades y organizaciones competentes. Para explicar este modelo basado a la prevención de las drogodependencias Rhodes y Janson en 1988 (Becoña, s.f.) establecen que el riesgo de consumo es el cociente de la división del estrés entre el apego, las habilidades de afrontamiento y los recursos disponibles, cuando el denominador cada vez es más pequeño el riesgo de consumo aumenta, sin embargo, si el denominador cada vez es mayor el riesgo disminuye.

Este modelo para Becoña (s.f.) estaría enfocado hacia dos tipos de individuos: los que no han consumido nunca y los que están en situación de vulnerabilidad.

4.9.3. Modelo de Kandel

Este modelo según Becoña (s.f.) plantea que la conducta de consumo de drogas se rige por una secuencia o evolución, en la que el inicio del consumo de sustancias legales facilita el posterior consumo de otras sustancias legales e ilegales. Sin embargo, especifica que no para todos los individuos el proceso o secuencia es el mismo. Además, esta teoría da importancia al papel de los padres e iguales y los factores personales como la depresión o conductas desviadas, ya que influyen en la conducta del individuo. Los padres y los iguales influyen en el proceso de socialización del individuo a través del reforzamiento y la imitación.

4.9.4. Aprendizaje social o cognitivo social

Bandura (1977) postula que el comportamiento humano se basa en la interacción de los factores ambientales, la conducta y los factores cognitivos y personales, a esta interacción la denomina determinismo recíproco. Asimismo, Bandura en 1977 postula que la regulación de la conducta se realiza de la siguiente forma: los factores externos influyen en la conducta a través del condicionamiento, las consecuencias de la conducta ejercen de reforzadores externos y los procesos mentales o cognitivos regulan la influencia del ambiente sobre la conducta.

Además, Bandura (1977) en esta teoría postula que el individuo aprende la conducta mediante varios procesos: la experiencia directa y las consecuencias de la conducta, la

observación de modelos compuesto por cuatro componentes: los procesos atencionales, los procesos de retención, los procesos de reproducción motora y los procesos motivacionales; y el reforzamiento. Asimismo, según Becoña (s.f.) si el individuo percibe las consecuencias de la conducta como positivas, estas actuarán aumentando la probabilidad de que se vuelva a producir la conducta, por el contrario, si las consecuencias son percibidas como negativas, disminuirán las probabilidades de repetición de la conducta.

Bandura (1978) destaca otro concepto interesante, el de expectativa de eficacia o autoeficacia y la diferencia de las expectativas de resultado. La autoeficacia o expectativa de eficacia hace referencia a la convicción o pensamientos del individuo sobre sus capacidades para realizar una acción o conducta de manera exitosa y las expectativas de resultado hacen referencia a las consecuencias de la realización de la conducta. Además, Bandura en 1978 sostiene que la autoeficacia percibida influye en la conducta de los individuos, en la medida que estos persisten en realizar dicha conducta.

Además, según Bandura (1977) en la percepción de autoeficacia influyen diversos factores como la experiencia directa, la experiencia vicaria, la persuasión que realizan otros sobre la eficacia personal y el estado psicológico del individuo.

Estos modelos teóricos de prevención se han elegido dado que abarcan varios de los factores de riesgo o protección, citados con anterioridad, ante el consumo de tabaco y otras drogas como son la familia, los factores personales y factores ambientales como los amigos y el entorno social de los individuos.

5. Propuesta de Intervención

5.1. Introducción

A continuación, se presenta el diseño de un programa de prevención del consumo de tabaco dirigido a adolescentes de entre 12 y 16 años y sus progenitores en el municipio de Benavente en Zamora. El programa de prevención del consumo de tabaco se divide en 13 sesiones, de las cuales algunas estarán destinadas solo a los progenitores, otras solo a adolescentes y a otros progenitores y adolescentes. En los siguientes apartados se especifican los criterios de exclusión e inclusión y cómo se va a hacer el cribado de los participantes, cómo se va a acceder a dicha población, los objetivos, la metodología, el desarrollo de las sesiones, los momentos e instrumentos de evaluación y los resultados esperados.

5.2. Población destinataria y contextualización

El programa preventivo se llevará a cabo en el municipio de Benavente, el cual cuenta según el INE (2021) con 17.523 habitantes. El programa preventivo del consumo de tabaco: “Cuídate, cuídalos”; se desarrollará con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en la Casa Cultural “La Encomienda”, el cual cuenta con varias salas para realizar actividades y dar conferencias.

Este programa de prevención del consumo de tabaco está dirigido a la población adolescente de entre 12 y 16 años y sus padres. El intervalo de edad de 12 a 16 años se ha elegido teniendo en cuenta los datos de la edad de inicio del consumo, la cual se sitúa alrededor de los 14 años. Por esto último es importante destacar que, en este programa de prevención acudirán participantes que nunca hayan consumido tabaco y adolescentes que lo hayan probado o estén en la fase de iniciación. Este programa de prevención, dado que está dirigida a los adolescentes como a sus padres, tiene un carácter familiar y universal.

Las familias a las que se dirige este programa de prevención cuentan con perfiles socioeconómicos muy variados dado el gran número de habitantes del municipio. En muchas familias, ambos progenitores poseen empleo, otras solo uno de ellos y en otras, ambos progenitores se encuentran desempleados. Respecto a los adolescentes, acuden a los cinco centros que ofrecen la Enseñanza Secundaria Obligatoria (en adelante ESO) en el municipio y se encuentran escolarizados entre 1º y 4º de la ESO. Respecto a los progenitores, deben acudir ambos, si se trata de una familia biparental, o uno de ellos si se trata de una familia monoparental. En el caso de que los adolescentes no tengan padre y madre o no tenga alguno de ellos, se recomienda que acuda el tutor legal.

Este programa de prevención accederá a la población destinataria a través de varios canales:

1. Se informará a los centros educativos del desarrollo del programa, sus objetivos y la población destinataria, con la finalidad de que se haga llegar la información a los estudiantes. Además, en este proceso, se colocarán diversos carteles informativos (ver Anexo 1) con los horarios, objetivos, método de inscripción, etc., por los centros educativos: zonas comunes y aulas; y se repartirán folletos informativos (ver Anexo 2) para que los adolescentes se los entreguen a las familias.
2. Se promocionará el programa a través de las redes sociales de los centros educativos.
3. Se realizará una reunión con los padres y madres de los adolescentes en los centros educativos para explicarles el objetivo del programa, los contenidos, la importancia de su participación, se anticipa alguna actividad, etc. Además, se les entregará una hoja de inscripción (ver Anexo 3) que posteriormente a su cumplimentación deberán llevar a la Casa Cultural “La Encomienda”.
4. Se colocarán carteles informativos en las zonas más concurridas del municipio: plaza mayor, centros culturales del municipio, asociaciones vecinales, marquesinas, etc.; y en el centro de AECC.
5. Se promocionará el programa a través de las redes sociales de la AECC.
6. Se pedirá al ayuntamiento de Benavente su colaboración en la difusión y promoción del programa a través de sus canales de comunicación e información.

El número de participantes planteado para la realización del programa es de 20 adolescentes y sus respectivos progenitores. Se estudiará la implantación de otro grupo de participantes en función del número de inscripciones, es decir, si el número de inscripciones se sitúa en 30 adolescentes o más, se estudiaría dividir a los participantes inscritos en dos grupos, y de igual manera a sus progenitores.

Para delimitar la población participante, se establecen los siguientes criterios de exclusión e inclusión:

Criterios Exclusión: adolescentes que: sean fumadores diarios, fumen al menos un cigarrillo a la semana, hayan fumado un paquete de cigarrillos o 12 o más cigarrillos de tabaco de liar en los últimos 3 meses, hayan utilizado algún PTC o cigarrillo electrónico en más de 12 ocasiones en los últimos 3 meses, hayan combinado el uso de cigarrillos de cajetilla, tabaco de liar, PTC o cigarrillo electrónico en los últimos 4 meses, ya que en ocasiones los adolescentes pueden combinar varios tipos de producto de tabaco; padres que: no fume ninguno de los progenitores, pero manifiesten indiferencia hacia el posible consumo

de sus hijos, fume alguno de ellos o ambos, quieran cesar el consumo, pero no promuevan actitudes de no consumo en sus hijos, fume alguno de ellos o ambos, no quieran cesar el consumo y no promuevan actitudes de no consumo en sus hijos.

Criterios de Inclusión: adolescentes que: han probado algún producto de tabaco alguna vez pero no semanalmente, han fumado menos de un paquete de tabaco o 12 cigarrillos de tabaco de liar en los últimos 3 meses, hayan usado algún PTC o cigarrillo electrónico en menos de 12 ocasiones en los últimos 3 meses, no fuman aunque anteriormente habían utilizado algún producto de tabaco una vez a la semana, no fuman aunque habían probado algún producto de tabaco alguna vez, no fuman y no han probado los productos de tabaco, no fuman pero habían combinado el uso de cigarrillos de cajetilla, tabaco de liar, PTC o cigarrillo electrónico; padres que: no fume ninguno de los progenitores, fume alguno de ellos o ambos, pero que manifiesten una voluntad por cesar el consumo de tabaco, fume alguno de ellos o ambos, no quieran cesar el consumo, pero manifiesten promover actitudes de no consumo en sus hijos.

Estos criterios de exclusión e inclusión han sido elegidos con la finalidad de elegir a los participantes con los que el programa pueda cumplir los objetivos establecidos. Respecto a los criterios de exclusión e inclusión referidos a los adolescentes, se han elegido para seleccionar a aquellos que se encuentren en las fases de preparación, iniciación o experimentación, ya que aún no han desarrollado el hábito de consumir tabaco ni tienen dependencia hacia la sustancia (Becoña et al., 1994 y Gómez-Durán et al., 1998). Respecto a los criterios referidos a los progenitores, se ha considerado que lo más importante es que promuevan actitudes hacia el no consumo de tabaco, a pesar de que alguno de ellos sea consumidor, ya que la familia y el tener reglas y comportamientos contrarios al consumo, como se ha dicho con anterioridad es un factor de protección (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

Para garantizar que los participantes del programa de prevención cumplen con los criterios de exclusión e inclusión establecidos, se llevará a cabo un cribado de los participantes mediante una entrevista con cada uno de los participantes que se hayan apuntado. Este cribado se realizará mediante una breve entrevista semiestructurada a cada uno de los participantes, tanto adolescentes (ver Anexo 4) como a sus progenitores (ver Anexo 5). Además, para la realización de las entrevistas serán informados de la finalidad de esta y se les entregará la hoja con el consentimiento informado que firmarán de manera voluntaria.

Además, los participantes acuden voluntaria y previamente se les informaría de los objetivos de este y deberán firmar el consentimiento informado en el que se les explicará que la información recogida se mantendrá en la más estricta confidencialidad.

5.3. Objetivo de la intervención

5.3.1. Objetivo general

- a. Prevenir y retrasar el consumo de tabaco en la población adolescente de 12 a 16 años.

5.3.2. Objetivos específicos

- a. Ampliar la información sobre el consumo de tabaco y sus consecuencias.
- b. Mejorar las habilidades sociales como la asertividad y la resistencia a la presión social.
- c. Fomentar una comunicación familiar basada en la confianza y respeto
- d. Mejorar las habilidades de reconocimiento de las emociones y su regulación emocional.
- e. Promover actitudes de tolerancia cero hacia el consumo de tabaco en la familia y en los compañeros.

5.4. Propuesta de actividades

El programa consta de 13 sesiones divididas de la siguiente forma: (1) cinco sesiones con los adolescentes como se muestra en las Tablas 12, 14, 16, 19 y 21; (2) cinco sesiones con los progenitores como se puede ver en las Tablas 13, 15, 17, 20 y 22; y (3) tres sesiones conjuntas progenitores e hijos/as (Tablas 18, 23 y 24). La duración estimada de cada sesión será de 1 hora, que tendrá lugar un día a la semana los miércoles de 19h a 20h. Las sesiones solo con adolescentes y solo con padres se realizarán de manera simultánea con la finalidad de que las familias lleguen y salgan a la vez y no tengan horarios diferentes.

En las sesiones con los hijos, además de evaluar inicialmente la información, las actitudes y consumo de tabaco, y sus habilidades asertivas y de gestión emocional, se dará información acerca del tabaco, se analizará la imagen que tienen sobre el fumador, se trabajarán las emociones y la gestión emocional y se hablará y trabajará la presión social y la asertividad.

En las sesiones con los padres, además de evaluar las actitudes hacia el tabaco y las habilidades parentales, se les dará información sobre el tabaco, se les explicarán las etapas de la adolescencia por las que pasan o pasarán sus hijos y sus características, se trabajarán las emociones y como pueden ayudar en la gestión emocional de sus hijos.

En las sesiones conjuntas se tratará la resolución pacífica de conflictos, las técnicas de relajación y se repasarán los contenidos tratados en las sesiones anteriores.

Las actividades del programa preventivo son lúdicas, interactivas, con una metodología en la que los participantes adquieran el aprendizaje a través de la reflexión y debate grupal, modelado y reforzamiento.

A continuación, se presentan las 13 sesiones del programa de prevención del consumo de tabaco en el ámbito familiar: “Cuídate, cuídalos”. Como se ha dicho con anterioridad las sesiones de los padres y de los adolescentes por separado se llevarán a cabo de manera simultánea, por lo que la duración aproximada del programa es de 2 meses.

Tabla 12.

Sesión 1. Evaluación pretest con adolescentes.

Participantes	Adolescentes.
Contenidos generales	Evaluación de inicio del programa. Presentación breve del programa. Información previa de los adolescentes.
Objetivo	Obtener información acerca de los conocimientos y actitudes que los adolescentes tienen sobre el tabaco. Obtener información acerca del consumo de tabaco de los adolescentes. Recoger información sobre su asertividad e inteligencia emocional.
Materiales	La adaptación del Cuestionario de Información de Macià et al., (1993) (ver Anexo 6), la adaptación del Cuestionario de Actitudes de Macià (1986) (ver Anexo 7), cuestionario basado en la prueba ASSIST de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2011) (ver Anexo 8), la Escala de Asertividad de Rathus (1973) (ver Anexo 9) y la adaptación española del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes de 7 a 18 años de Bar-on y Parker (2018), mesas, sillas, bolígrafos y proyector.
Temporalización	1 hora.
Actividades	En la primera mitad de la sesión se colocará a los adolescentes separados unos de otros y se les darán, de uno en uno, los diversos cuestionarios de evaluación para que los cumplimenten. Después de que los adolescentes hayan terminado de rellenar los cuestionarios, se les dirá que pueden sentarse juntos y se les realizarán preguntas con la finalidad de romper el hielo, conocerlos, que se conozcan entre ellos y hablar sobre sus conocimientos y creencias acerca del tabaco. Las preguntas serán del siguiente tipo:

¿Tenéis algún familiar y/o amigo que fume?, ¿Qué pensáis sobre el tabaco y fumar?, ¿Creéis que fumar es positivo o negativo?, etc.

Tabla 13.

Sesión 2. Evaluación pretest con los progenitores.

Participantes	Progenitores
Contenidos generales	Evaluación de inicio del programa. Presentación breve del programa. Información previa de los padres
Objetivo	Obtener información sobre las actitudes de los padres hacia el tabaco. Obtener información sobre las habilidades parentales de los padres.
Materiales	Adaptación del cuestionario de Actitudes de Macià (1986) (ver Anexo 7) y la adaptación de la Escala de Parentalidad Positiva de 13 a 17 años de Gómez Muzzio y Contreras Yevenes (2019) (ver Anexo 10), mesas, sillas, bolígrafos y proyector.
Temporalización	1 hora.
Actividades	La primera mitad de la sesión se les pedirá a los padres la realización de las pruebas de evaluación inicial. Se pedirá a los padres que se sienten separados y se les dará de uno en uno los diversos cuestionarios para que los cumplimenten. Después de que hayan terminado de realizar los cuestionarios se les dirá que pueden sentarse juntos y se les realizará unas preguntas con la finalidad de romper el hielo, conocerlos y hablar sobre sus conocimientos y creencias acerca de la conducta de consumir tabaco de la población adolescente en general. Las preguntas serán del siguiente tipo: ¿Alguno de los presentes fuma?, Cuando fumáis y vuestros hijos os ven ¿os preguntan sobre el tabaco? y ¿qué les respondéis?, ¿qué haríais si veis a vuestro hijo fumar?, etc.

Tabla 14.*Sesión 3. Información sobre el tabaco con los adolescentes.*

Participantes	Adolescentes.
Contenidos generales	Información sobre los productos de tabaco, la prevalencia y consecuencias del tabaco.
Objetivo	Aumentar la información de los adolescentes sobre el tabaco.
Materiales	Proyector, ordenadores, móviles, mesas, sillas, papel y bolígrafos.
Temporalización	1 hora.
Actividades	<p>Se les pedirá que se sienten como deseen y se les pedirá que saquen los móviles para realizar una actividad con la herramienta Kahoot sobre mitos y realidades acerca del tabaco (ver Anexo 11). A continuación, se les pedirá que, en pequeños grupos, de 3 o 4 personas, realicen una búsqueda breve en internet sobre información científica sobre el consumo de tabaco: tipos de productos de tabaco, prevalencia y consecuencias; con la finalidad de contrastar las creencias que se habían comentado anteriormente.</p> <p>Después se les pedirá que expongan la información obtenida en la búsqueda y se les ofrecerá más información sobre los productos de tabaco, prevalencia y consecuencias, con la finalidad de que comprueben si la información obtenida es fiable y ampliar la información que tienen sobre el tabaco.</p>

Tabla 15.*Sesión 4. Información sobre el tabaco con los padres.*

Participantes	Progenitores.
Contenidos generales	Información sobre los productos de tabaco, la prevalencia y consecuencias del tabaco.
Objetivo	Ampliar la información de los padres sobre el tabaco. Ofrecer pautas para hablar sobre el tabaco en familia.
Materiales	Proyector, mesas, sillas, papel y bolígrafos.
Temporalización	1 hora.
Actividades	<p>Para iniciar la sesión se les preguntará que conocimientos tienen sobre el tabaco y posteriormente se les mostrará información sobre el tabaco, los tipos de tabaco, prevalencia de consumo entre la población adolescente y consecuencias del consumo.</p> <p>A continuación, se realizará una dinámica en la que se les planteará situaciones ficticias como, por ejemplo: “Ves a tu hijo fumar”, “Ves a tu hijo ofreciendo tabaco a otros adolescentes”, “Ves a tu hijo presionando a otros adolescentes a consumir tabaco”, “Ves a tu hijo aceptando un ofrecimiento de tabaco”, “Ves a tu hijo rechazando un ofrecimiento de tabaco”; y se les pedirá que digan como reaccionarían, y qué le dirían a su hijo. Esta actividad se plantea con la finalidad de generar un debate sobre cómo deben actuar los padres ante esas situaciones.</p> <p>Finalmente, se les dará unas pautas sencillas de comportamiento ante esas situaciones y extrapolables a otras conductas como tomar alcohol, o consumir drogas ilegales, etc.</p>

Tabla 16.*Sesión 5. La imagen del fumador con los adolescentes.*

Participantes	Adolescentes.
Contenidos generales	Identificación visual de los valores positivos y negativos de la imagen del fumador y desmentir los valores positivos.
Objetivo	Fomentar una imagen negativa del consumidor de tabaco.
Materiales	Proyector, ordenadores, mesas, sillas, papel y bolígrafos.
Temporalización	1 hora.
Actividades	<p>Para comenzar la sesión, se mostrará a los adolescentes diversas imágenes de personajes famosos, que son referentes para su edad, actores en películas, influencers, youtubers, streamers, etc., consumiendo cualquier producto de tabaco, y se les pedirá que expliquen que les transmiten las imágenes. Después de varias imágenes de estos personajes, se les enseñará imágenes de la vida real de las personas consumidoras de tabaco, con la finalidad de promover un análisis crítico sobre la imagen que esos personajes transmiten y concienciar sobre la verdadera imagen del consumidor. Finalmente, se les pedirá que inspirándose en las imágenes anteriores e información que han adquirido durante en las anteriores sesiones creen de manera individual o por grupos un material visual: infografía, vídeo de concienciación sobre el consumo de tabaco, etc.; Si no logran terminarlo, podrán realizarlo durante la semana en casa.</p>

Tabla 17*Sesión 6. La etapa de la adolescencia y la asertividad con los padres.*

Participantes	Progenitores.
Contenidos generales	Las etapas de la adolescencia. La asertividad.
Objetivo	Concienciar sobre la importancia del desarrollo de la autoestima y la asertividad en la adolescencia.
Materiales	Proyector, mesas, sillas, papel y bolígrafos.
Temporalización	1 hora.
Actividades	<p>Para comenzar la sesión, se les dirá que se sienten donde deseen y se les explicará brevemente las etapas de la adolescencia y las principales características, resaltando la importancia que tienen los padres en el desarrollo social, emocional y cognitivo de sus hijos. Además, se les explicará lo importante que es que sus hijos desarrollen una buena autoestima y asertividad y se les darán diferentes pautas, estrategias o consejos que deberán poner en práctica durante la semana: escucha activa, respeto de opiniones, inculca la expresión de opiniones sin miedo, hacer partícipes a todos los miembros de la familia en la toma de decisiones que puedan afectarles, no prejuizar, no emitir juicios de valor, inculcar la expresión de opiniones sin miedo y desde el respeto, valorar las emociones y sentimientos de los demás, no burlarse de los sentimientos o emociones de los demás, etc.</p> <p>Después, se les mostrarán diferentes situaciones ficticias (ver Anexo 12) sobre sus hijos y el tabaco y de manera grupal deberán pensar y decir que estrategia o estrategias de las mencionadas anteriormente utilizarían.</p> <p>Finalmente, se les pedirá que ayuden y participen en la realización del material audiovisual que tienen que hacer sus hijos (ver sesión 5) y que anoten como han ayudado y participado, y cómo se han sentido.</p>

Tabla 18.*Sesión 7. Resolución de conflictos con los padres y adolescentes.*

Participantes	Padres, madres e hijos.
Contenidos generales	Resolución pacífica de conflictos
Objetivo	Ofrecer estrategias o pautas de comportamiento ante conflictos familiares.
Materiales	Situaciones ficticias, ordenadores, mesas, sillas, papel y bolígrafos.
Temporalización	1 hora.
Actividades	<p>Para iniciar la sesión los adolescentes mostrarán el material que han realizado con la información sobre el tabaco y explicarán cómo lo han realizado. Después se preguntará a los padres como se han sentido ayudando a sus hijos y a los hijos como se han sentido con la ayuda de sus padres. Si no hubiera participación, por vergüenza, se les pedirá que lo escriban anónimamente y lo entreguen. A continuación, se les preguntará si en ese proceso han tenido un conflicto o discusión o si han tenido un conflicto por otra situación y si lo han podido solucionar, de esta manera se introduce la temática de la sesión.</p> <p>A continuación, se les darán diferentes pautas o estrategias que pueden ayudar a resolver conflictos: escucha activa, respeto de opiniones, ponerse en el lugar de la otra persona, no atacar a la otra persona y buscar una solución en común, no centrarse en que una única persona tiene la razón, etc. Después por familias, se les dará una situación ficticia en la que un hijo y los padres están teniendo un conflicto por el tabaco (ver Anexo 13) y deberán pensar y decir cómo actuaría cada miembro para resolver el conflicto.</p>

Tabla 19*Sesión 8. La gestión emocional con los adolescentes.*

Participantes	Adolescentes.
Contenidos generales	Reconocimiento y gestión emociones
Objetivo	Favorecer o mejorar el reconocimiento y la gestión de las emociones.
Materiales	Proyector, situaciones ficticias, mesas, sillas, papel, bolígrafos, rotuladores y bolígrafos.
Temporalización	1 hora.
Actividades	<p>Para comenzar la sesión se les preguntará si saben diferenciar entre sentimiento y emoción y que digan uno por uno un sentimiento o emoción. Después, se les pedirá que escriban en un folio 10 emociones o sentimientos relacionan con el tabaco y que realicen un dibujo o representación de cada emoción. A continuación, se les pedirá que expliquen las emociones que han escrito, el porqué del dibujo, cuando han sentido esa emoción, si la han sentido, y que hicieron para gestionarla. Con esto último, se quiere fomentar la interacción y el debate y observar si utilizan alguna estrategia emocional y si es adecuada.</p> <p>Posteriormente, se les explicarán algunas técnicas que pueden ayudarles en la gestión emocional cómo, por ejemplo: la parada de pensamiento o dirigir la atención hacia otro lugar, escribir en un cuaderno o diario, pensar en el presente, pensar en posibles soluciones; a continuación, se les planteará de manera individual diversas situaciones ficticias relacionadas con el tabaco en las que experimentan emociones negativas (ver Anexo 14) y deberán decir como actuarían utilizando las técnicas mencionadas en la sesión. Finalmente, se les pedirá que pongan en práctica alguna de esas técnicas durante la semana ante otras situaciones y escriban qué situación les ha provocado esa emoción o sentimiento, que técnica han utilizado y cómo se han sentido después.</p>

Tabla 20.*Sesión 9. Apoyo emocional de padres a hijos.*

Participantes	Progenitores.
Contenidos generales	Reconocimiento y gestión de emociones en hijos.
Objetivo	Ayudar a los padres a reconocer las emociones de sus hijos. Promover pautas de comportamiento en los padres que ayuden a sus hijos en la gestión emocional.
Materiales	Proyector, mesas, sillas, situaciones ficticias, folios y bolígrafos.
Temporalización	1 hora.
Actividades	<p>Para iniciar la sesión, se llevará a cabo una dinámica en la que se les mostrará de manera grupal situaciones ficticias relacionadas con el consumo de tabaco en las que sus hijos están experimentando una emoción o sentimiento negativo (ver Anexo 15), después, se les pedirá que expliquen como ayudarían a sus hijos a gestionar emocionalmente esa situación. Esto se plantea con la finalidad de desarrollar un debate y hacer una lluvia de ideas con las estrategias o técnicas que surjan.</p> <p>A continuación, se les explicará diversas técnicas que pueden utilizar para ayudar a sus hijos en esas situaciones y otras similares como, por ejemplo: centrarse en el presente, escucha activa, buscar soluciones, mostrar afecto, dar espacio, valorar sus emociones, etc. Finalmente, se les pedirá que utilicen alguna técnica de gestión emocional cuando sus hijos estén experimentando una emoción o sentimiento negativo, en una situación relacionada con el tabaco o en otra situación, y que técnica han utilizado, cómo se han sentido durante la aplicación y después y cómo creen que se han sentido sus hijos.</p>

Tabla 21.*Sesión 10. Resistencia a la presión social y la asertividad con los adolescentes.*

Participantes	Adolescentes.
Contenidos generales	La presión social. La asertividad.
Objetivo	Promover actitudes de resistencia a la presión social. Tomar conciencia de la importancia de la comunicación asertiva.
Materiales	Proyector, altavoces, situaciones con roles, mesas, sillas, folios y bolígrafos.
Temporalización	1 hora.
Actividades	<p>Para comenzar la sesión se les preguntará si han utilizado alguna técnica de gestión emocional, qué situación les ha provocado esa emoción o sentimiento, si desean contarlo, y cómo se han sentido al utilizarla.</p> <p>A continuación, se les pondrá un vídeo (ver Anexo 16) en el que se ejemplifica como el ser humano se deja llevar ante la opinión de las personas que están a su alrededor, con la finalidad de introducir la temática de la sesión. Después se les explicará la importancia de la presión social y la asertividad ante la conducta de fumar y ante cualquier situación y realizarán las siguientes dinámicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se les dividirá en parejas y a cada miembro se le dará una tarjeta con una situación en la que cada individuo de la pareja tiene un rol: uno presiona, y otro tiene que resistir; la persona con el rol de resistir tendrá que pensar en cómo lo va a hacer, cómo va a actuar y qué va a decir. Después pareja por pareja se irá representando la situación y todos los participantes tienen que haber pasado por ambos roles. Además, se les pedirá que no realicen o digan una respuesta que ya se haya comentado. Asimismo, se irá anotando la estrategia que cada participante utilice para resistir la presión social con la finalidad de elaborar una lista con estrategias que puedan llevarse a casa y utilizar. 2. Se les pedirá que cojan un papel y lo dividan en tres columnas, y que en la primera columna escriban “agresivo”, en la segunda

columna “pasivo” y en la tercera columna “asertivo”, después se les pedirá que escriban las características que creen que tiene cada tipo de persona, porqué creen que se comporta de esa manera, qué problemas puede ocasionar esa conducta y cómo creen que ese tipo de personas resolverían los conflictos.

Finalmente, se les mostrarán diversas técnicas para mejorar la asertividad: respeto de opiniones, escucha activa, no prejuizar, no pensar en que una única persona puede tener razón, hablar con respeto, expresar opiniones sin miedo, no burlarse de las opiniones o sentimientos de otras personas, etc.

Tabla 22.

Sesión 11. Compartir experiencias entre padres.

Participantes	Progenitores.
Contenidos generales	Compartir experiencias.
Objetivo	Promover una red de apoyo parental.
Materiales	Papel, bolígrafos, mesas y sillas.
Temporalización	1 hora.
Actividades	Esta sesión está enfocada a que los padres compartan las experiencias que han tenido realizando las tareas que se les ha mandado: la ayuda en la realización del material audiovisual de sus hijos, estrategias para ayudar a sus hijos en la gestión de las emociones, conductas que promuevan la asertividad en sus hijos, si han utilizado alguna técnica de resolución de conflictos, etc.

Tabla 23.

Sesión 12. Repaso de contenidos del programa de prevención del consumo de tabaco con los padres y los adolescentes.

Participantes	Padres, madres e hijos.
Contenidos generales	Repaso de conocimientos tratados en las sesiones generales
Objetivo	Repasar los contenidos tratados en las sesiones anteriores.
Materiales	Proyector, ordenadores o móviles, mesas, sillas, folios y bolígrafos
Temporalización	1 hora.
Actividades	Para iniciar la sesión se realizará un Kahoot (ver Anexo 17) dirigido hacia los adolescentes y los padres en el que habrá preguntas acerca del tabaco, las emociones, la asertividad y la presión social. A continuación, se realizará un juego colaborativo basado en el “¿Quién quiere ser millonario?” (ver Anexo 18) sobre conocimientos y aspectos tratados a lo largo de las sesiones. Además, si lo consiguen completar el juego correctamente ganarán un obsequio. Finalmente, la sesión terminará con un debate sobre qué les ha parecido el programa de prevención del consumo de tabaco.

Tabla 24.

Sesión 13. Evaluación posttest del programa de prevención del consumo de tabaco con los padres y los adolescentes.

Participantes	Padres, madres e hijos.
Contenidos generales	Evaluación del programa generales
Objetivo	Obtener información sobre el consumo, las actitudes e información acerca del tabaco. Obtener información sobre la asertividad y la inteligencia emocional. Recoger información sobre las habilidades parentales. Recoger información sobre la satisfacción hacia el programa de prevención.
Materiales	La adaptación del Cuestionario de Información de Macià et al., (1993) (ver Anexo 6), la adaptación del Cuestionario de Actitudes de

Macià (1986) (ver Anexo 7), cuestionario basado en la prueba ASSIST de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2011) (ver Anexo 8), la Escala de Asertividad de Rathus (1973) (ver Anexo 9), la adaptación española del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes de 7 a 18 años de Bar-on y Parker (2018), el Cuestionario de valoración del programa de prevención para hijos (ver Anexo 19), la adaptación de la Escala de Parentalidad Positiva de 13 a 17 años de Gómez Muzzio y Contreras Yevenes (2019) (ver Anexo 10), el Cuestionario de valoración del programa de prevención para padres (ver Anexo 20), mesas, sillas y bolígrafos.

Temporalización 1 hora y 15 min

Actividades La sesión está destinada a la realización de las pruebas de evaluación en los padres y en los adolescentes.

5.5. Recursos humanos y materiales

Los recursos humanos necesarios para la realización del programa de prevención son dos psicopedagogos encargados de realizar las entrevistas iniciales para hacer un cribado de las personas participantes y llevar a cabo las sesiones, y dos técnicos de integración social que complementen el programa de prevención en su organización.

Respecto a los recursos materiales, para el desarrollo del programa preventivo del consumo de tabaco será necesario contar con dos aulas o espacios de la Casa de la Cultura “La Encomienda”, las hojas de inscripción cumplimentadas por los participantes, la adaptación del Cuestionario de Información de Macià et al., (1993), la adaptación del Cuestionario de Actitudes de Macià (1986), la adaptación de la prueba ASSIST de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud sobre el consumo de tabaco, la adaptación de la Escala de Parentalidad Positiva de Gómez Muzzio y Contreras Yevenes, la Escala de Asertividad de Rathus y el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-on y Paker, un cuestionario de valoración del programa para los adolescentes, un cuestionario de valoración del programa para los padres, dos protectores, altavoces, mesas, sillas, bolígrafos, rotuladores, folios, tarjetas con situaciones para trabajar el apoyo emocional, la resolución de conflictos, la gestión emocional, la asertividad y la presión social, mochilas y botellas reutilizables como obsequio y los cuestionarios de seguimiento del programa

5.6. Evaluación

5.6.1. Instrumentos de evaluación

La evaluación de los adolescentes se realizará mediante la adaptación del Cuestionario de Información de Macià et al., (1993) (ver Anexo 6), la adaptación del Cuestionario de Actitudes de Macià (1986) (ver Anexo 7), cuestionario basado en la prueba ASSIST de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2011) (ver Anexo 8), la Escala de Asertividad de Rathus (1973) (ver Anexo 9), la adaptación española del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes de 7 a 18 años de Bar-on y Parker (2018) y el Cuestionario de valoración del programa de prevención para hijos (ver Anexo 19); y la evaluación de los progenitores se realizará a través del Cuestionario de Actitudes de Macià (1986) (ver Anexo 7), la adaptación de la Escala de Parentalidad Positiva de 13 a 17 años de Gómez Muzzio y Contreras Yevenes (2019) (ver Anexo 10) y el Cuestionario de valoración del programa de prevención para padres (ver Anexo 20).

El Cuestionario de Información de Macià et al., (1993) es un cuestionario que evalúa la información que los individuos tienen sobre el tabaco, el alcohol y los psicofármacos y drogas ilegales. En este instrumento de evaluación se presentan diversas afirmaciones que pueden ser verdaderas o falsas y el individuo debe seleccionar entre verdadero, falso, o “?” que significa que no sabe. En este programa de prevención se realizará una adaptación en la que solo se utilizarán las afirmaciones relativas al tabaco. La duración aproximada de la realización de este cuestionario es de 3 a 5 minutos.

El Cuestionario de Actitudes de Macià (1986) se trata de un instrumento de evaluación de las actitudes de los individuos sobre el tabaco, el alcohol y los psicofármacos y drogas ilegales. El cuestionario consta de tres actividades o preguntas, iguales para cada sustancia, la primera es una pregunta sobre su opinión acerca de cada droga, la segunda consiste en un cuadrante de 6x6, en el que en cada extremo de las filas se sitúa un adjetivo, de lo más positivo a lo más negativo, por ejemplo: agradable-desagradable; y las columnas se dividen en: muy, bastante, un poco, neutro, un poco y muy; y el sujeto debe marcar la casilla que más se adecue a su opinión; y la tercera actividad se trata de una actividad en la que se presentan diversas afirmaciones en las que tienen que escoger entre: muy de acuerdo, de acuerdo, “?” o inseguro, desacuerdo o muy en desacuerdo. Al igual que en el anterior instrumento, solo se utilizará la parte relativa al tabaco y la duración aproximada de la realización del cuestionario es de 10 minutos.

La prueba ASSIST de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2011) es una prueba de detección de consumo de varias sustancias

como el tabaco, alcohol, cannabis, entre otras. En este instrumento de evaluación se le presentan preguntas acerca del consumo y su frecuencia de cada sustancia. La primera pregunta es si han consumido una determinada sustancia, si el individuo contesta “no” la prueba finaliza en ese momento, pero si contesta “sí” la prueba continua. En esta prueba, solo se utilizarán los ítems relacionados con el tabaco, y la duración aproximada de la prueba es de 10 minutos.

La Escala de Parentalidad Positiva de 13 a 17 años de Gómez Muzzio y Contreras Yevenes (2019) se trata de un cuestionario del que existen diversas versiones en función de la edad de los hijos, dado que el programa de prevención del consumo de tabaco se dirige a adolescentes de entre 12 a 16 años, la versión que más se ajusta a ese rango de edad es la de 13 a 17 años. El cuestionario consta de 56 afirmaciones sobre conductas parentales y los individuos tienen que contestar entre: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. En este programa de prevención se ha optado por eliminar la opción “a veces” con la finalidad de eliminar la tendencia de respuesta hacia esa percepción y la duración aproximada de la prueba es de 15-20 minutos.

La Escala de Asertividad de Rathus (1973) es un cuestionario o inventario con 30 ítems o afirmaciones, a las cuales el evaluado tiene que otorgar una puntuación de entre +3, lo más característico de mí, y -3, muy poco característico de mí, sin el 0. El resultado obtenido de la suma de las puntuaciones, algunos ítems requieren un cambio de signo a las puntuaciones otorgadas, dará un número que hará referencia a lo asertivo que es el individuo. La duración aproximada de la prueba es de 10-15 minutos.

La adaptación española del Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes de 7 a 18 años, de Bar-on y Parker (2018), mide la eficacia de los niños y adolescentes para gestionar sus emociones. Se compone de 60 ítems divididos en cuatro escalas: intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad y manejo del estrés. Además, también incluye tres escalas más, una que mide el estado de ánimo y dos cuya finalidad es valorar la validez de las respuestas. La duración aproximada de esta prueba es de 20 minutos.

Los cuestionarios de valoración del programa de prevención, tanto para los adolescentes como para sus padres, tienen 6 ítems cada uno, que deben valorar de “muy poco” a “mucho” y tres preguntas acerca de lo que más les ha gustado, lo que menos y qué mejorarían. Con estos cuestionarios se quiere medir el grado de agrado o desagrado con las actividades del programa de prevención del consumo de tabaco. La duración aproximada de los cuestionarios es de 5-10 min.

5.6.2. Momentos de evaluación

El programa de prevención tendrá tres momentos de evaluación. El primer momento de evaluación tendrá lugar en la primera sesión del programa y tiene la finalidad de obtener información previa al desarrollo del programa de prevención acerca del consumo, las actitudes y la información sobre el tabaco, y el nivel de asertividad e inteligencia emocional de los participantes adolescentes, y sobre las competencias parentales, las actitudes y la información sobre el tabaco de los progenitores. Este primer momento de evaluación se realizará por separado, es decir, los progenitores y los adolescentes se situarán en diferentes aulas.

El segundo momento de evaluación tendrá lugar en la última sesión del programa, en la que se utilizarán los mismos instrumentos que en la evaluación previa al programa de prevención con la finalidad de obtener información sobre los aspectos para analizar y comprobar si el programa de prevención cumple con el objetivo general y los objetivos específicos establecidos. Además, también se administrarán dos cuestionarios, uno para los progenitores y otro para los adolescentes, para que evalúen el grado de satisfacción con el programa de prevención. Asimismo, al igual que en el primer momento de evaluación, progenitores y los adolescentes se situarán en diferentes aulas

El tercer momento de evaluación tendrá lugar seis meses después de la finalización del programa de prevención. Se avisará a los participantes mediante correo electrónico del día en el que tienen que acudir a la Casa de la Cultura “La Encomienda” para cumplimentar los instrumentos de evaluación, los cuales son los mismos que en el primer momento de evaluación. Este momento de evaluación tiene la finalidad de recoger información para ser analizada y comprobar si el programa de prevención con el paso del tiempo tiene resultados positivos en la prevención del consumo de tabaco o en el retraso de su consumo. Además, al igual que en los anteriores momentos de evaluación, los progenitores y los adolescentes se situarán en diferentes aulas.

5.7. Resultados esperados.

Con el desarrollo del programa se espera que:

1. Los padres e hijos tengan información suficiente sobre el tabaco para tomar decisiones sobre consumir o no, en base a esa información,
2. Entre el grupo de iguales se genere un vínculo social y afectivo que sirva como red de apoyo para no consumir tabaco en el futuro.

3. Se genere un vínculo afectivo y social entre los padres y madres participantes que les sirva para compartir experiencias y aprendizajes y dedicar tiempo de ocio entre familias.
4. Los adolescentes comiencen a tomar decisiones basadas en una reflexión sobre cómo quieren ser en el futuro y tengan iniciativa y recursos para realizar las acciones necesarias para conseguirlo.
5. Los padres se impliquen en mayor medida en los intereses y preocupaciones de sus hijos.
6. Los padres ofrezcan apoyo para que sus hijos logren lo que se propongan conseguir.
7. Se desarrollen comportamientos como la escucha activa, respeto de opiniones, identificación de situaciones en las que las personas necesitan espacio para calmarse y pensar, etc., y se produzca una mejora en la comunicación intrafamiliar y una reducción de los conflictos a consecuencia de malentendidos por carencia de habilidades comunicativas.
8. Los padres sepan reconocer cuando su hijo está pasando por un mal momento, aun cuando este no se lo cuente, y viceversa, para preguntar, escuchar y ofrecer apoyo emocional.
9. Los adolescentes adquieran las estrategias necesarias para saber decir “no”, no solo cuando una persona le está ofreciendo tabaco, sino ante otras situaciones en las que no quiere realizar una conducta determinada, como, por ejemplo: tomar alcohol, ir a un sitio en específico, ligar, mantener una relación sexual, etc.
10. Los adolescentes desarrollen un nivel de asertividad, que les facilite la comunicación y socialización con personas de su entorno más cercano como extraños o personas con autoridad.

6. Conclusiones Finales

Este Trabajo Fin de Máster ha abordado la problemática del consumo de tabaco entre la población adolescente, una problemática que a pesar de los años de investigación y esfuerzos en prevención y tratamiento de deshabituación tabáquica no se ha conseguido erradicar ya que como se ha comentado con anterioridad causa millones de muertes al año y son evitables. Además, se ha demostrado que los esfuerzos por prevenir esta problemática a través de programas preventivos como el LST, el programa PASE.bcn y el programa RealTeen, tienen resultados positivos, logrando que parte de los participantes no consuman tabaco y otras sustancias o se retrase su inicio (Gómez Fraguela et al., 2003; Ariza et al., 2008 y Schwinn et al., 2019).

Este TFM está dirigido al diseño y planificación de un programa de prevención del consumo de tabaco con la finalidad de avanzar en el ámbito preventivo y especialmente en el contexto familiar, dado que existe muy poca literatura científica en la que se haga partícipe a dicho contexto de manera activa, porque como en el programa PASE.bcn (Ariza et al., 2016) las familias pueden participar en la prevención, pero realizando acciones independientes al programa escolar. Además, el programa de prevención del consumo de tabaco no solo se centra en el contexto familiar, sino que se diseñan actividades dirigidas al ámbito de los compañeros o iguales, por lo que se intenta englobar más factores de riesgo y protección en un mismo programa de prevención que los programas mencionados con anterioridad.

Asimismo, el programa de prevención del consumo de tabaco diseñado en este TFM se ha pensado para llevarse en un contexto no formal, ya que la mayoría de los programas de prevención destinados a la población adolescente suelen realizarse en un contexto formal como la escuela.

Respecto a la relación de la problemática con el Máster en psicopedagogía, se ha elegido esta problemática porque durante la impartición de las diversas asignaturas que componen este máster no se ha abordado el contexto de las drogadicciones y sería interesante que en alguna de las asignaturas que se imparten, en el futuro pudiera dedicar contenidos a este ámbito. Además, la figura del psicopedagogo podría ser importante en el desarrollo de programas de prevención del consumo de tabaco y otras sustancias, ya que el ámbito de las drogodependencias o drogadicciones suele ser abordado por profesionales de la medicina y psicología, y los contenidos del campo de la psicología, junto con los contenidos pedagógicos y la formación previa de cada profesional, podrían enriquecer dicho campo de investigación.

A continuación, se presentan las limitaciones o dificultades que se han encontrado en la realización del presente Trabajo de Fin de Máster:

La problemática del consumo de tabaco y la prevención de este se lleva estudiando desde mediados del siglo XX, por lo que buena parte de la información necesaria para el desarrollo del marco teórico no ha estado disponible o ha sido de difícil acceso, es decir, en ocasiones durante la elaboración del presente trabajo ha sido complicado acceder a la información, especialmente, a las fuentes primarias y a información actualizada. Además, otra limitación que se ha encontrado durante la elaboración ha sido que muchas de las fuentes de información han sido en inglés, lo que ha generado que en ocasiones la información haya sido difícil de comprender.

Asimismo, en la descripción de los diversos programas de prevención del consumo de tabaco, ha sido difícil obtener información de programas enfocados a contextos no formales ya que muchos de los programas de prevención se desarrollan en centros escolares.

Debido a lo mencionado con anterioridad, se podría destacar la necesidad de ampliar la información acerca del tabaco y en especial, la información referida a la descripción de los programas de prevención del consumo de tabaco con una mayor búsqueda y más exhaustiva de programas de prevención.

Respecto al diseño y planificación del programa preventivo del consumo de tabaco: “Cuidate, cuidalos”; en la realización de los momentos de evaluación, se han encontrado dificultades para acceder a instrumentos de evaluación validados, sobre todo en la evaluación de las habilidades parentales de los padres y del consumo de los adolescentes. Asimismo, se han encontrado dificultades en la estimación de los resultados esperados ya que no se ha podido llevar a cabo la evaluación pretest o inicial con la población real para obtener información previa de la que deducir posibles resultados.

En cuanto a las propuestas de mejora, el programa de prevención del consumo de tabaco en el ámbito familiar: “Cuidate, cuidalos”, pudiera quedarse corto en el número de sesiones y respecto al ámbito de las drogadicciones porque solo se trata el tabaco, por lo que, en primer lugar, podría mejorarse añadiendo más sesiones tanto para los padres como para los adolescentes, juntos y por separado, en las que se traten otras habilidades y conocimientos y ampliando el programa de prevención hacia el tratamiento de otras drogas como el alcohol y el cannabis e incluso drogas médicas y el desarrollo de hábitos de vida saludables como el fomento de actividades deportivas.

En segundo lugar, el programa de prevención del consumo de tabaco en el ámbito familiar: “Cuidate, cuidalos”; podría complementarse con el desarrollo de iniciativas a nivel

comunitario como el recordatorio de las leyes y normas antitabaco, llevándose a cabo un estricto control en la venta de tabaco, ya que en muchas ocasiones personas adultas compran tabaco para personas menores de edad, e inspecciones en lugares de ocio nocturno, como bares, discotecas y pubs, en los que las personas consumidoras de tabaco podrían incumplir las leyes, en especial durante la implementación del programa.

En tercer lugar, el programa de prevención del consumo de tabaco en el ámbito familiar: “Cuidate, cuídalos”; podría mejorarse con su implementación en otros contextos y adaptándose a ellos, ya que como se ha visto con anterioridad el entorno influye en el inicio del consumo de tabaco y otras sustancias (Becoña y Cortés, 2011) incluso en zonas o barrios con bajos recursos en los que la prevención sería indicada.

Finalmente, en cuarto lugar, es importante analizar su eficacia a través del desarrollo de estudios experimentales con diferentes grupos de población, con características similares. En el grupo experimental se implementa y desarrolla el programa de prevención del consumo de tabaco: “Cuidate, cuídalos” y el grupo de control no se lleva a cabo ninguna acción preventiva. También podría compararse la eficacia respecto a otros programas preventivos del consumo de tabaco, con el establecimiento de varios grupos experimentales en los que en un grupo experimental se implementa el programa de prevención del consumo de tabaco: “Cuidate, cuídalos”, en otro grupo experimental otro programa de prevención de tabaco y en el grupo de control no se desarrolla ninguna medida preventiva.

7. Referencias Bibliográficas

- Alonso Sanz, C., Salvador Llivina, T., Suelves Joanxich, J.M., Jiménez García-Pascual, R., y Martínez Higuera, I. (2004). Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas. Centro de estudios sobre promoción de la salud. (pp. 143-145) https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/diccionario_prevencion.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Ariza, C., Juárez, O., Salut Ferrer, M., Sánchez-Martínez, F. y Salvador, M. (2016). *Pase.bcn Prevenció de les Addiccions a Substàncies a l'Escola: Guia didàctica per al professorat*. Servei de Salut Comunitària i Agència de Salut Pública de Barcelona. https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/11/PASE_Guia-didactica-Professorat_2016.pdf
- Ariza, C., Nebot, M., Tomás, Z., Giménez, E., Valmayor, S., Tarilonte, V. y De Vries, H. (2008). Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. *The European Journal of Public Health, 18*, 3-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn050>
- Azjen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 181-183. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Baker, J. R. y Yardley, J. K. (2002). Moderating Effect of Gender on the Relationship Between Sensation Seeking-Impulsivity and Substance Use in Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 12*, 35. https://doi.org/10.1300/J029v12n01_02
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 1*, 141-142. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Bar-On, T. y Parker, J. D. A. (2018). *EQ-i:YV. Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes*. En R. Bermejo, C. Ferrándiz, M. Ferrando, M. D. Prieto y M. Sáinz, (adaptadoras). Madrid: TEA Ediciones
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases Científicas De La Prevención De Las Drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Universidad de Santiago de Compostela. Madrid. (p. 70)

- https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Becoña, E. (s.f.). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional sobre Drogas*. Universidad de Santiago de Compostela. (pp.101-179).
<http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf>
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol. (p. 53)
<https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Manual-de-adicciones-para-psicologos-especialistas-en-psicologia-clinica-en-formacion,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2011.pdf>
- Becoña, E., Palomares. A.y García., M. M. (1994). *Tabaco y salud: Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Pirámide.
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 216-218.
<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOPP.0000042391.58573.5b>
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., y Botvin, E. M. (1990). Preventing Adolescent Drug Abuse Through a Multimodal Cognitive-Behavioral Approach: Results of a 3-Year Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 441-442. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.58.4.437>
- Botvin, G.J., Griffin, K.W., Diaz, T. y Ifill-Williams. M. (2001). Drug Abuse Prevention Among Minority Adolescents: Posttest and One-Year Follow-Up of a School-Based Preventive Intervention. *Prevention Science*, 2, 6-10.
<https://doi.org/10.1023/A:1010025311161>
- Caballero-Hidalgo, A., González, B., Pinilla, J. y Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19, 445. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(05\)71394-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(05)71394-7)
- Cobo, C. E. (2003). El Comportamiento Humano. *Cuadernos de administración*, 19, 128.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5006394.pdf>
- Córdoba García, R. (2014). El desafío de los cigarrillos electrónicos. *Atención Primaria*, 46, 308. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.002>
- Cortés, M, Schiaffino, A., Martí, M. y Fernández, E. (2005). Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19, 43.
<https://doi.org/10.1157/13071815>

- European Commission: DG Health and Food Safety y Kantar. (2021). Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. *Special Eurobarometer 506*. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety and co-ordinated Directorate-General for Communication. (pp. 13-15).
<https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=73947>
- Garrote, A. y Bonet, R. (2002). Tabaquismo y adicción tabáquica. *Educación Sanitaria*, 21, 67. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13025047>
- Gómez Fragueta, J. A., Luengo Martín, Á. y Romero Triñanes, E. (2003). Drug-abuse prevention in the school: four-year follow-up of a programme. *Psychology in Spain*, 7, 33-36. <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2003/7004.pdf>
- Gómez Muzzio, E. y Contreras Yevenes, L. (2019). *MANUAL Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2*. Fundación América por la Infancia. <https://txiribuelta.es/wp-content/uploads/2021/05/Manual-Escala-de-parentalidad-positiva.pdf>
- Gómez-Durán, B.J., González, S.G., y García, M. M. (1998). Adquisición y desarrollo de la conducta de fumar. *Estudios de Psicología*, 19, 52-58.
<https://doi.org/10.1174/02109399860341889>
- Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 257-258.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/04.Gra%C3%B1a_8-20a.pdf
- Gutiérrez-Abejón, E., Rejas-Gutiérrez, J., Criado-Espejel, P., Campo-Ortega, E. P., Breñas-Villalón, M.T. y Martín-Sobrino, N. (2015). Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Medicina Clínica*, 145, 522
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.03.013>
- Hawkins, J. D., Van Horn, M. L., y Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science*, 5, 216-217.
<https://doi.org/10.1023/b:prev.0000045355.53137.45>
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D. y Pérez, M. T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention*, 18, 204.
<https://doi.org/10.5093/in2009v18n3a2>
- Hernández, O. y Espada, J. P. (2015). Factores de riesgo y protección del consumo de tabaco en adolescentes. En J. A. García del Castillo y C. Días Paulo (Eds.), *Estudios sobre o Tabaco: Contributos para a Prática* (p. 62). Aletheia.

- https://www.researchgate.net/publication/279750046_Factores_de_riesgo_y_proteccion_del_consumo_de_tabaco_en_adolescentes
- Hormigo Amaro, J., García-Altés, A., López, M. J., Bartoll, X., Nebot, M. y Ariza, C. (2009). Análisis de coste-beneficio de un programa de prevención del tabaquismo en escolares. *Gaceta Sanitaria*, 23, 313. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.01.013>
- Hyland, A., Piazza, K. M., Hovey, K. M., Ockene, J. K., Andrews, C. A., Rivard, C. y Wactawski-Wende, J. (2015). Associations of lifetime active and passive smoking with spontaneous abortion, stillbirth and tubal ectopic pregnancy: a cross-sectional analysis of historical data from the Women's Health Initiative. *Tobacco Control*, 24, 32-33. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051458>
- Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., Hidalgo, M. D. y García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 411-413. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33717060010.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2021) Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) Año 2020. https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero: Zamora: Población por municipios y sexo*. Recuperado el 11 de junio de 2022, de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2906#!tabs-tabla>
- Johnson, A. L., Collins, L. K., Villanti, A. C., PhD, Pearson, J. L., PhD y Niaura, R. S. (2018). Patterns of nicotine and tobacco product use in youth and young adults in the United States, 2011–2015. *Nicotine & Tobacco Research*, 20, 50-52. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty018>
- Kamon, J. L., Stanger, C., Budney, A. J. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family-based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 251. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.015>
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, 318, de 31 de diciembre de 2010. p. 2. <https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>

- Longest, K. C. y Shanahan, M. J. (2007). Adolescent work intensity and substance use: the mediational and moderational roles of par. *Journal of Marriage and Family*, 69, 716. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00401.x>
- López Larrosa, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22, 570. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715515007.pdf>
- López, M.J., Arechavala. T., Continente. X., Schiaffino. A., Pérez-Ríos. M. y Fernández. E. (2018). Social inequalities in secondhand smoke exposure in children in Spain. *Tobacco Induced Diseases*, 16, 2-3. <https://doi.org/10.18332/tid/85717>
- Ma, C., Heiland, E. G., Li, Z., Zhao, M., Liang, Y. y, X, B. (2021). Global trends in the prevalence of secondhand smoke exposure among adolescents aged 12–16 years from 1999 to 2018: an analysis of repeated cross-sectional surveys. *The Lancet Global Health*, 9, 1669-1675. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00365-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00365-X)
- Macià, D. (1986). *Cuestionario de Actitudes*. https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=Cuestionario_de_Actitudes.PDF
- Macià, D., Olivares, J. y Méndez, FX. (1993). *Cuestionario de información*. https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=Cuestionario_informacion.PDF
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Productos de tabaco por calentamiento: consideraciones de tipo sanitario y legal*. Unidad de Prevención del Tabaquismo, Secretaría General de Sanidad y Consumo y Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe_productos_tabaco_calentado.pdf
- Miyake, Y., Tanaka, K. y Arakawa, M. (2013). Active and passive maternal smoking during pregnancy and birth outcomes: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 4. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-157>
- Muñoz-Rivas, M y Graña, J. L. (2001) Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 90-91. <https://www.psicothema.com/pdf/418.pdf>
- Muñoz-Rivas, M. J., Redondo Rodríguez, N. y Graña Gómez, J. L. (2012). Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. En J. A. García del Castillo y

- C. López-Sánchez (coords), *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias*. (pp. 79-82). Síntesis.
- National Institute on Drug Abuse. (2022). *Adicción al tabaco – Reporte de investigación ¿La nicotina es adictiva?*. Recuperado el 13 de junio de 2022, de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/es-adictiva-la-nicotina>
- National Toxicology Program. (s.f.). Tobacco-Related Exposures. *Report on Carcinogens. Fourteenth Edition*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. <https://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/content/profiles/tobaccorelatedexposures.pdf>
- Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S. y Mudde, A. (2002). Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 131, 133. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71644-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71644-0)
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias En España (ESTUDES) 1994-2021*. Madrid: Ministerio de Sanidad. (pp. 57-64)
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *INFORME 2021 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España: Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (pp. 49-55)
https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Tolma, E., y Aspy, C. B. (2007). Does family structure matter in the relationships between youth assets and youth alcohol, drug and tobacco use?. *Journal of Research on Adolescence*, 17, 756. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2007.00545.x>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. Editorial Médica Panamericana. (pp. 42-45).
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85403/9789275332368_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Tabaco: Datos y cifras*. Recuperado el 2 de marzo de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Pascual Pastor, F. y Vicéns Llorca, S. (2004). Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. En E. Becoña (Ed.), *Monografía tabaco, Adicciones, 16*, (pp.13-19). https://www.infodrogas.org/files/Monografia_tabaco.pdf
- Peñafiel Pedrosa, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso Revista de Educación, 32*, 161-166. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>
- Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Montes, A., Fernández, E., López, M. J., Martínez-Sánchez, J. M., Xisca Sureda, X., Martínez C., Fu, M., García Continente, X., Carretero Ares, J. L. y Galán, I. (2020). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *Archivos de Bronconeumología, 56*, 560-561. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.11.021>
- Picciotto, M. R. y Mineur, Y. S. (2014). Molecules and circuits involved in nicotine addiction: The many faces of smoking. *Neuropharmacology, 64*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.04.028>
- Pineda Pérez, S. y Aliño Santiago, M. (s.f.). *El concepto de adolescencia*. Recuperado el 2 de julio de 2022 de <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>
- Puértolas-Gracia, B., Juárez, O., Ariza, C. y Villalbí, J. R. (2021). La prevención universal del consumo de drogas en el entorno escolar: el valor de la monitorización continua. *Gaceta Sanitaria, 2*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.06.008>
- Rathus, S. A. (1973). A 30-Item Schedule for Assessing Assertive Behavior. *Behavior Therapy, 4*, 399-400. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Resolución de 4 de junio de 2021, de la Secretaría de Estado de Sanidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas frente a la COVID-19. *Boletín Oficial del Estado, 134*, de 5 de junio de 2021. p. 68739 [https://www.boe.es/eli/es/res/2021/06/04/\(2\)/dof/spa/pdf](https://www.boe.es/eli/es/res/2021/06/04/(2)/dof/spa/pdf)
- Royal College of Physicians. (2021). Tobacco content, nicotine products and regulation. *Smoking and health 2021: A coming of age for tobacco control*. Tobacco Advisory Group. (pp. 95-96). <https://www.rcplondon.ac.uk/file/30236/download>
- Samet, J. M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud pública de México, 44*, 152-156. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2002.v44suppl1/s144-s160/es>

- Schwinn, T.M., Hopkins, J. E., y Schinke, S. P. (2016). Developing a Web-Based Intervention to Prevent Drug Use among Adolescent Girls. *Research on Social Work Practice, 26*, 3-6. <https://doi.org/10.1177%2F1049731515579204>
- Schwinn, T.M., Schinke, S. P., Keller, B. y Hopkins, J. (2019). Two- and three-year follow-up from a gender-specific, web-based drug abuse prevention program for adolescent girls. *Addictive Behaviors, 93*, 89. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.010>
- Shadel, W. G., Tharp-Taylor, S. y Fryer, C. S. (2008). Exposure to Cigarette Advertising and Adolescents' Intentions to Smoke: The Moderating Role of the Developing Self-Concept. *Journal of Pediatric Psychology, 33*, 756. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn025>
- Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, AC. (2005). Guías mexicanas para el tratamiento del tabaquismo. un consenso nacional de expertos. *Neumología y Cirugía de Tórax, 64*, 4. <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2005/nts052a.pdf>
- Suárez Palacio, P. y Vélez Múnera, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios, 12*, 179. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6573534.pdf>
- Timmermans, M., van Lier, P. A. C. y Koot, H. M. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 388-390. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01842.x>
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2000). *Demand reduction: a glossary of terms*. Nueva York. United Nation Publication. https://www.unodc.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf
- Villa Moral, M., Rodríguez Díaz, F. J. y Sirvent Ruiz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema, 18*, 54. <https://www.psicothema.com/pdf/3175.pdf>
- Villalbí, J. R., Suelves, J. M., Martínez, C., Valverde, A., Cabezas, C. y Fernández, E. (2019). El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Revista Española de Salud Pública, 93*, 5-7. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v93/1135-5727-resp-93-e201907044.pdf>
- World Health Organization. (2019) *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025*. 3ª Ed. Geneve World Health Organization. (pp.23-24). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1263754/retrieve>

ANEXOS.

Anexo 1. Cartel informativo del programa de prevención del consumo de tabaco: "Cuídate, cuídalos".



Anexo 2. Folleto informativo del programa de prevención del consumo de tabaco: “Cuídate, cuídalos”.



Cuídate, cuídalos

Programa de prevención familiar de consumo de tabaco

Dirigido a adolescentes de 12 a 16 años y sus padres

Precio: Gratuito

Objetivo: Prevenir y/o retrasar el inicio del consumo de tabaco

Lugar: Casa de la Cultura "La Encomienda"

Horario: Miércoles de 19 a 20h

Anexo 3. Hoja de inscripción al programa de prevención del consumo de tabaco: “Cuídate, cuídalos”.

Tipo de familia Biparental Monoparental

D°/DÑA con DNI
 y domicilio en
 municipio
 provincia deseo participar en el
 programa de prevención del consumo de tabaco “Cuídate, cuídalos”.

D°/DÑA con DNI
 y domicilio en
 municipio
 provincia deseo participar por
 voluntad propia en el programa de prevención del consumo de tabaco “Cuídate, cuídalos”.

D°/DÑA con DNI
 autorizo a mi hijo/a con nombre
 edad y DNI
 a participar en el programa de prevención del consumo
 de tabaco “Cuídate, cuídalos”.

En a de de 20 .

Fdo: .

Anexo 4. Entrevista semiestructurada adolescentes.

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Cuántos años tienes?
- ¿Has consumido alguna vez algún producto de tabaco (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, productos de tabaco calentado...)?
- ¿Cuándo ha sido la última vez que has consumido alguno de ellos?
- ¿A la semana, cuántas veces has consumido alguno de ellos?
- ¿En los últimos tres meses cuántas veces has consumido alguno de ellos?
- (Si dice que ha consumido varios de los productos de tabaco) ¿En estos últimos cuatro meses has combinado el consumo de ellos?

Anexo 5. Entrevista semiestructurada para padres.

- ¿Cómo te llamas? / ¿Cómo os llamáis?
- ¿Cuántos años tienes/tenéis?
- ¿Has/habéis consumido algún producto de tabaco alguna vez? En caso afirmativo se pregunta: ¿En algún momento has/habéis pensado en dejar de consumir? En caso afirmativo se pregunta: ¿Y lo has/habéis intentado de alguna manera? En caso afirmativo y no lo hayan conseguido ofrecer ayuda y aconsejar acudir a los servicios psicológicos de la AECC.
- ¿Qué piensas/pensáis sobre que vuestro hijo fume?
- ¿Has/habéis hablado de tabaco en casa? En caso afirmativo se pregunta: ¿Qué es lo que has/habéis hablado?

Anexo 6. La adaptación del Cuestionario de Información de Macià et al., (1993).

Este cuestionario recoge los conocimientos que tienes sobre el tabaco. La información recogida a través del siguiente cuestionario será tratada con la estricta confidencialidad.

Sexo: F M Edad:

Marca con una "X" la casilla que creas correcta y cuando creas no saber la respuesta tacha la casilla con "?". Si te equivocas tachas la casilla y vuelves a marcar con una "X".

	Verdadero	Falso	"?"
El tabaco produce trastornos circulatorios y de corazón			
Que tanta gente fume, mostraría que el tabaco no es tan perjudicial como se dice.			
El humo del tabaco no perjudica a los no fumadores.			
La única sustancia dañina del tabaco es la nicotina.			
Si te acostumbras a fumar tabaco, es más fácil que algún día fumes "porros".			
Cuando ante un ofrecimiento se acepta el primer cigarrillo, no se decide ser fumador, pero es el primer paso para hacer posible que se llegue a serlo.			
Para una persona adulta se considera excesivo (abuso) fumar más de media cajetilla diaria.			
Para consumir tabaco por primera vez no hace falta tener una postura favorable al consumo, es suficiente que alguien te ofrezca.			

Anexo 7. La adaptación del Cuestionario de Actitudes de Macià (1986).

Este cuestionario quiere obtener información sobre tus opiniones respecto al consumo de tabaco. Contesta con la mayor seriedad y sinceridad. La información recogida será tratada con la estricta confidencialidad.

Sexo: F M Edad:

Marca con una "X" la opción que más se ajuste con tu opinión.

1. ¿En general, tienes una opinión favorable o desfavorable al consumo de tabaco?

Muy desfavorable ()

Desfavorable ()

Indistinta ()

Favorable ()

Muy favorable ()

2. Consumir tabaco es:

	Muy	Bastante	Un	Neutro	Un	Muy	
			poco		poco		
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
GRATO							PENOSO
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

3. Marca con una "X" tu elección a las siguientes preguntas en base a:

MA: Muy de acuerdo; A: Desacuerdo; "?": Inseguro; D: En desacuerdo; MD: Muy desacuerdo.

	MA	A	“?”	D	MD
Estaría dispuesto a probar el tabaco por curiosidad.					
Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de tabaco.					
Estaría dispuesto a comprar tabaco para mi uso.					
Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien para que fume.					
Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de tabaco.					
Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que fumase.					
Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo de fumar.					
Estaría dispuesto a fumar cuantas veces fuera necesario.					
Estaría dispuesto a proporcionar tabaco a mis amigos para que lo probasen por primera vez.					
Estaría dispuesto a felicitar a alguien por dejar de fumar.					

Anexo 8. Cuestionario basado en la prueba ASSITS de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2011).

El siguiente cuestionario recoge la información acerca del consumo de tabaco. Por favor conteste con la mayor sinceridad posible. Los datos recogidos en el siguiente cuestionario serán tratados con la estricta confidencialidad.

Sexo: F M Edad:

6. Rodea con un círculo la respuesta:

¿A lo largo de la vida has consumido tabaco alguna vez? Sí No

(Si has respondido “No” el cuestionario ha terminado)

7. Marca con una “X” la casilla que más se ajusta a tu opinión.

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diariamente
En los último tres meses, ¿Con qué frecuencia has consumido tabaco?					
En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir tabaco?					
En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia de tabaco le ha provocado problemas de salud, sociales, legales o económicos?					
En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba					

de usted por el consumo de tabaco?					
¿Un amigo, familiar o alguien más alguna vez se ha preocupado por sus hábitos de consumo de tabaco?					
¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de tabaco y no lo ha logrado?					

Anexo 9. Escala de Asertividad de Rathus (1973).

Indica, mediante el código siguiente, hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las frases siguientes.

+3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

+2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

+1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

-1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.

-2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.

-3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación sobre la casilla situada a la derecha.

N.º	Ítem	Respuesta
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo.	
2	He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.	
3	Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero/a.	
4	Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	
5	Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".	
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	
7	Hay veces en que provoco abiertamente una discusión.	
8	Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	
9	En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	
10	Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	
11	Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.	
12	Rehúyo telefonar a instituciones y empresas.	
13	En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.	
14	Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.	
15	Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.	

16	He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	
17	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	
18	Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	
19	Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.	
20	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	
21	Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	
22	Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, o la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.	
23	Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	
24	Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.	
25	En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.	
26	Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder.	
27	Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	
28	Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.	
29	Expreso mis opiniones con facilidad.	
30	Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	

Anexo 10. Adaptación de la Escala de Parentalidad Positiva de 13 a 17 años de Gómez Muzzio y Contreras Yevenes (2019).

Este cuestionario recoge información acerca de aspectos relacionados con conductas de parentalidad positiva. La información recogida será tratada con la estricta confidencialidad.

Sexo: F M Edad:

Marque con una "X" la opción que más se ajuste a su opinión.

N: nunca; CN: casi nunca; CS: casi siempre; S: siempre

	N	CS	CS	S
Logro reconocer cuándo mi hijo/a necesita conversar conmigo.				
Sé reconocer las situaciones que estresan, angustian o abruma a mi hijo/a.				
Cuando he notado distante o diferente a mi hijo/a, logro entender en poco tiempo qué le pasa y qué necesita.				
Intento comprender las emociones y pensamientos de mi hijo/a.				
Cuando mi hijo/a se niega a hacer lo que pido me pregunto por los motivos detrás de su conducta.				
Cuando mi hijo/a necesita ser contenido/a en sus emociones logro ayudarlo asentirse mejor.				
Cuando mi hijo/a se enoja y necesita estar solo/a, respeto sus ritmos y tiempos.				
Cuando mi hijo/a se siente inseguro de sus capacidades, sé cómo apoyarlo para que recupere su confianza en si mismo /a.				
Cuando nos proponemos hacer actividades con mi hijo/a lo pasamos bien.				
Mantengo una comunicación afectuosa y cariñosa con mi hijo/a.				
A mi hijo/a, le demuestro mi cariño de forma explícita.				
Me hago el tiempo para hacer actividades que a mi hijo/a le interesa.				
Me hago el tiempo durante el día para estar cerca de mi hijo/a.				
Cuando estoy en una actividad con mi hijo/a logro poner mi atención en él o ella, manteniéndome interesado en lo que estamos haciendo.				

Al levantarse para ir al colegio, monitoreo que mi hijo/a se guíe por una secuencia de pasos que le ayude a iniciar bien el día.				
Durante la semana monitoreo que mi hijo/a tenga una rutina de sueño adecuada para su edad.				
Cuando mi hijo/a llega del colegio, facilito una secuencia de pasos para que pueda recrearse y estudiar.				
Cuando algo no me parece sobre su apariencia, busco orientarlo, pero respetando sus propias preferencias.				
Lo/ la acompaño en la toma de decisiones sobre el uso de su tiempo libre.				
Cuando mi hijo/a me lo pide, lo aconsejo y oriento sobre cómo manejar sus conflictos.				
Apoyo y motivo a mi hijo/a para que tenga experiencias de aprendizaje diferentes de las que realiza en el colegio.				
Le ayudo a mi hijo/a a comprender lo que no entiende.				
Le hablo a mi hijo/a de mi historia para que aprenda de mi experiencia.				
Cuando discutimos o tenemos un conflicto con mi hijo/a, logro mantener la calma.				
Cuando tenemos un conflicto, nos damos el tiempo para encontrar formas positivas de solucionarlo.				
Cuando negociamos reglas o normas con mi hijo/a logramos llegar a un acuerdo común.				
Oriento a mi hijo/a respecto a cómo comportarse según la situación, lugar o personas con las que esté.				
Soy un modelo positivo para mi hijo/a, dando buen ejemplo con mis acciones.				
Procuró que mi hijo/a dé un buen trato a las personas.				
Monitoreo la actividad de mi hijo/a en redes sociales.				
Monitoreo la relación de mi hijo/a con su colegio/liceo.				
Le enseño a mi hijo cómo protegerse y cuidarse a sí mismo.				
Respeto y cuido los espacios y objetos personales de mi hijo/a.				

Cuando está mi hijo/a presente, promuevo los buenos tratos en la familia.				
Promuevo en mi familia que mi hijo/a sea escuchado.				
Cuido que mi hijo/a se alimente de manera saludable.				
Me preocupo de monitorear el desarrollo de hábitos en su aseo y cuidado personal.				
Cuando ha sido necesario, me he preocupado de llevar a mi hijo/a a atención en salud.				
Dedicamos tiempo a celebrar costumbres y rituales familiares.				
Le pido a mi hijo/a que participe de las actividades que son parte de la rutina familiar.				
Si sufro un imprevisto laboral o de salud, logro orientar a mi hijo/a para que siga su rutina cotidiana.				
Cuando la crianza se me hace difícil, busco ayuda de mis amigos o familiares.				
Reflexiono junto a mi hijo/a sobre su futuro.				
Reflexiono sobre las expectativas que tengo de mi hijo/a.				
Reviso mis prioridades para asegurarme de proteger el desarrollo de mi hijo/a.				
Me preparo para los momentos difíciles que vendrán en esta etapa de crianza.				
Anticipo situaciones conflictivas que podrían dificultar mi vida familiar y la crianza.				
Planifico con tiempo las actividades de la semana o del mes que involucran o se relacionan con mi hijo/a.				
Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo se está desarrollando o cómo se ha desarrollado mi hijo/a.				
Me he asegurado de que mi vida personal no dañe a mi hijo/a.				
Resguardo no contaminar con mis rabias, penas y/o frustraciones la relación con mi hijo/a.				
Logro pensar en aspectos de mi propia historia que no me gustaría repetir como padre o madre.				

Logro pensar y reconocer el legado positivo que me dejaron mis padres o cuidadores para la crianza de mi hijo/a.				
Me doy tiempo para pensar cómo fue mi relación con mis padres y cómo esta historia influye en la forma que hoy tengo de criar a mi hijo/a.				
La crianza me ha dejado tiempo para disfrutar de otras cosas que me gustan.				
He logrado mantener una buena salud mental.				

Anexo 11. Kahoot de mitos y realidades sobre el tabaco.

<https://create.kahoot.it/share/mitos-y-realidades-sobre-el-tabaco/debfc9fa-9e09-4c85-a731-a6fec8d444ba>

Anexo 12. Situaciones ficticias de asertividad para padres.

- Tu hijo quiere comenzar a consumir tabaco.
- Tu hijo te pide que dejes de consumir tabaco.
- Tu hijo quiere que un amigo deje de consumir tabaco.
- Quieres decirle a tu hijo que no se junte con “X” amigo porque consume tabaco.
- Quieres decirle a tu hijo que no consuma tabaco.

Anexo 13. Situaciones ficticias de resolución de conflictos.

- Los padres descubren una cajetilla de tabaco en el abrigo del hijo y el dice que es de un amigo.
- Los padres piden al hijo que deje de consumir tabaco y este se niega.
- Los padres huelen a tabaco en la ropa del hijo y creen que consume tabaco y este dice que el no consume.
- Los padres ven una foto del hijo consumiendo tabaco y el asegura que solo era para hacerse la foto.
- Alguno de los padres está recibiendo un tratamiento de deshabituación tabáquica y pillan al hijo consumiendo tabaco.
- El hijo pide a los padres que compren una cajetilla de tabaco para un amigo y dudan de que sea para el hijo.
- Uno de los padres consume tabaco y le han desaparecido cigarrillos.
- El hijo está viendo vídeos en los que aparece una o varias personas consumiendo tabaco u los padres le piden que deje de ver esos vídeos porque las personas que aparecen están consumiendo tabaco.
- Los padres pillan al hijo trapicheando con cigarrillos.
- Los padres y el hijo discuten porque los padres ven que el hijo tiene amistades que consumen tabaco y creen que el hijo consume.

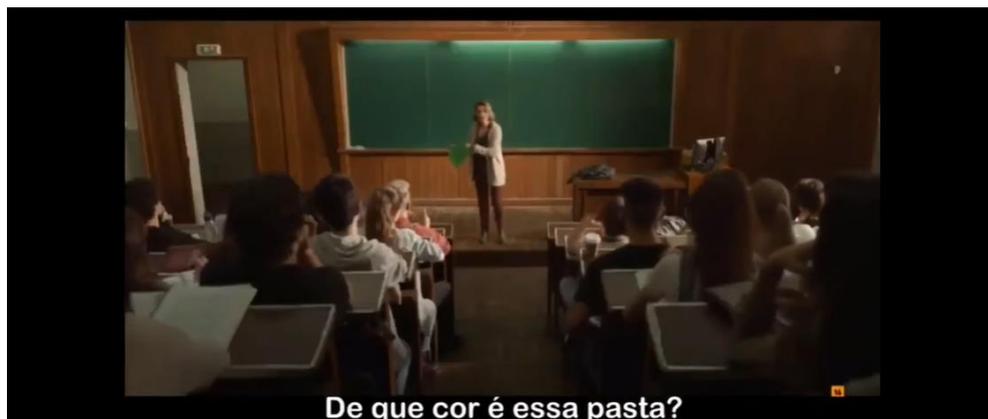
Anexo 14. Situaciones ficticias de gestión emocional para los adolescentes.

- Estas enfadado/a porque tu amigo/a consume tabaco.
- Estas enfadado/a porque tu amigo/a te obliga a consumir tabaco.
- Sientes preocupación porque tus padres piensan que consumes tabaco.
- Sientes culpabilidad por decir “no” a ir a una fiesta en la que sabes que se va a consumir tabaco.
- Sientes asco porque a tu lado hay personas consumiendo tabaco.
- Sientes incomodidad porque un amigo te ha pedido dinero para comprar tabaco.
- Sientes frustración por no decir “no” a un ofrecimiento de consumir tabaco.
- Sientes culpabilidad por pedir a tus padres que dejen de consumir tabaco.
- Sientes culpabilidad por pedir a tus amigos/as que no consuman tabaco.
- Sientes miedo de que tus padres encuentren el tabaco que escondes de tus amigos.
- Sientes tristeza por ser rechazado por no consumir tabaco.
- Estás enfadado/a porque tus amigos/as te han pedido que escondas tabaco.
- Sientes culpabilidad por no consumir tabaco en entornos en los que se consume.
- Sientes miedo y preocupación de que tus amigos te dejen de hablar por no consumir tabaco.

Anexo 15. Situaciones ficticias en las que los hijos están experimentando emociones y sentimientos negativos.

- Ves a tu hijo/a enfadado/a porque su amigo/a consume tabaco.
- Ves a tu hijo/a preocupado porque creéis que consume tabaco.
- Ves a tu hijo/a sintiéndose culpable por decir “no” a ir a una fiesta en la que sabe que se va a consumir tabaco.
- Ves a tu hijo/a sintiendo asco porque a su lado hay personas consumiendo tabaco.
- Ves a tu hijo/a sintiendo frustración por no decir “no” a un ofrecimiento de consumir tabaco.
- Ves a tu hijo/a sintiéndose culpable por pedir a sus amigos/as que no consuman tabaco.
- Ves a tu hijo/a triste por ser rechazado por no consumir tabaco.
- Ves a tu hijo/a sintiéndose culpable por no consumir tabaco en entornos en los que se consume.
- Ves a tu hijo/a con miedo y preocupación de que sus amigos le dejen de hablar por no consumir tabaco.

Anexo 16. Vídeo resistencia a la presión social.



<https://www.youtube.com/watch?v=jN-WJ2vv2Po>

Anexo 17. Kahoot repaso.

<https://create.kahoot.it/details/5eaf8e74-db26-47c5-be26-6d41ec727bcf>

Anexo 18. ¿Quién quiere ser millonario?

<https://learningapps.org/display?v=pk830ncp322>

Anexo 19. Cuestionario de valoración para hijos.

	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
La información aportada ha sido suficiente para comprender que es el tabaco				
Las estrategias de resolución de conflictos han mejorado la resolución de conflictos tanto en casa como fuera de ella				
Las estrategias de gestión emocional han sido útiles				
Las estrategias de resistencia a la presión social y la asertividad han sido útiles				
¿Te ha gustado la forma en la que ha tratado la información?				
¿Te han gustado las actividades realizadas?				
¿Qué es lo que más te ha gustado?				
¿Qué es lo que menos te ha gustado?				
¿Qué mejorarías?				

Anexo 20. Cuestionario de valoración padres.

	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
La información aportada ha sido suficiente para comprender que es el tabaco.				
La información aportada sobre las etapas de la adolescencia y la asertividad ha sido útil para comprender a tu hijo.				
Las estrategias de resolución de conflictos han sido útiles.				
Las estrategias de gestión emocional han sido útiles para ayudar a mi hijo				
¿Te ha gustado la forma en la que ha tratado la información?				
¿Te han gustado las actividades realizadas?				
¿Qué es lo que más te ha gustado?				
¿Qué es lo que menos te ha gustado?				
¿Qué mejorarías?				