



HOSPITAL  
DE SANTA MARIA



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

# Info Tabac

El informe del experto en tabaquismo Número 19 / julio 2010



La experiencia

## Prevención del tabaquismo en la escuela: una propuesta sostenible y respetuosa con el medio

A lo largo de las últimas décadas, se ha venido proponiendo la implantación de programas universales de prevención primaria en las escuelas, ya que el consumo de tabaco y otras drogas suele iniciarse durante la adolescencia y la mayor parte de la población acude a la escuela, al menos, entre los 6 y los 16 años.

Aunque muchos programas escolares de prevención del tabaquismo han estado orientados, exclusivamente, a proporcionar información sobre los riesgos asociados al consumo de tabaco, existe un notable consenso en cuanto a la conveniencia de acompañar los contenidos informativos con otros orientados al desarrollo y fortalecimiento de diferentes habilidades sociales para la vida, como, por ejemplo, la resolución de problemas y estrategias de toma de decisiones, la mejora de la autoestima, el desarrollo de comportamientos asertivos y de resistencia a la presión grupal y a la publicidad, autocontrol emocional, etc.

Se han publicado numerosos trabajos de evaluación de la efectividad de diferentes programas escolares de prevención del tabaquismo, lo que ha hecho posible el desarrollo de revisiones sistemáticas y trabajos de metanálisis. Las investigaciones realizadas han puesto de manifiesto la efectividad moderada de este tipo de intervenciones, que se ve potenciada por la adopción de metodologías participativas que huyen de las clases magistrales, la incorporación de sesiones de refuerzo en los años siguientes a la implantación de un programa preventivo o la incorporación de acciones comunitarias que complementen las realizadas en la escuela.

Como las demandas que la sociedad plantea a la escuela amenazan con agotar los recursos de los que dispone, los resultados de los programas de prevención que se desarrollan en las escuelas suponen una exigencia para mejorar la eficiencia de esas intervenciones que, entre otras cuestiones, deberían ajustarse mejor a las necesidades de actores tan importantes como la familia y el profesorado, evitar duplicidades y acciones ineficientes y evitar, ante todo, posibles efectos adversos.

Parece necesario recordar que los factores individuales y psicosociales no son los principales responsables del desarrollo de los trastornos por consumo de sustancias, como la dependencia del tabaco, por lo que, difícilmente, bastaría con una estrategia preventiva basada en la actuación sobre esos factores. Además, se requiere que las actividades preventivas dirigidas a la escuela no se limiten, exclusivamente, a actividades de enseñanza-aprendizaje desarrolladas en el aula, sino que también deben incluir, prioritariamente, otras acciones sobre el medio escolar (implantación de normas basadas en el consumo de tabaco en la escuela, el papel ejemplar del profesorado, los programas de cesación dirigidos al profesorado y a las familias, etc.).

Para leer más: Salvador-Llivina T, Suelves JM. Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo. 2009. Madrid, Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Política Social.

Disponible en: <http://www.educacion.es/cide/espanol/publicaciones/materiales/salud/inn2009g>

Josep M. Suelves  
Dirección General de Salud Pública  
Departamento de Salud  
de la Generalitat de Catalunya

El editorial

## Malos humos

En Europa muere un asmático cada hora. Esta semana he estado a punto de engrosar la estadística, porque tuve una crisis, de las antológicas, que me llevó a dar con mis huesos (o mejor dicho, con mis michelines) en urgencias. Y agradecí tanto, tanto, disponer de Seguridad Social, que de verdad no puedo entender cómo en Yanquilandia no está toda la población entonando a coro loas y alabanzas a San Obama. Pues bien, si Trinidad Jiménez consigue sacar adelante la nueva ley antitabaco, juro que, yo misma, le construiré un altar con estas manitas y mis abalorios. Porque los casos de asma se han duplicado durante la última década debido a la contaminación atmosférica y al tabaco. No lo digo yo, lo dice la OMS. Y me dirán que tabaco ha habido toda la vida. Pero no. Cualquier persona mayor de sesenta años se acordará de cuando fumar era cosa de carreteros, un vicio impropio de gente elegante en general y de mujeres en particular. Y yo misma tengo memoria de como, en mi juventud, podía ir a bares en los que podía respirar, cosa que, a día de hoy, es imposible en mi barrio, en el que no hay ni un sólo bar en toda la manzana en el que esté prohibido fumar, aunque en todos se prohíbe la entrada a perros. ¿Me tendré que ir a vivir a París, a Londres o a Estambul? ¿Habré de quedar con los amigos en el parque mientras el perro pasea? ¿Logrará Trini hacer de nuestros bares espacios libres de humo como en el resto de Europa y salvarme a mí, literalmente, la vida? La solución, el próximo 22 de junio.

ADN  
29 de marzo de 2010  
[www.lucia-etxebarria.com](http://www.lucia-etxebarria.com)



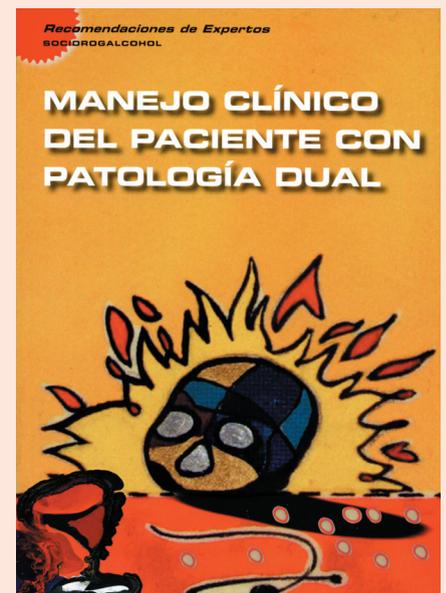
## Manejo clínico del paciente con patología dual

### Recomendaciones de expertos

La patología dual compleja no sólo tiene mayores dificultades en su manejo, sino que requiere el concurso de estrategias terapéuticas múltiples, tanto psicoterapéuticas como psicofarmacológicas. La elaboración de pautas guía para el clínico es una notable necesidad en nuestro medio español, y este reto ha de estar basado en los datos sólidos procedentes del campo clínico.

Esta obra editorial es la síntesis de un trabajo interno desarrollado durante un año bajo la coordinación de Sociodrogalcohol, pensado para ayudar y orientar al clínico en el manejo de los trastornos adictivos complejos.

Julio Bobes García  
Presidente de Sociodrogalcohol



sólo depende de mí misma y de mi pensamiento: "estoy haciendo bien", "no lo necesito" y "no puedo volver a dar una calada". ¡Pues no la volveré a dar! Ya me equivoqué una vez al encender el primero. ¿Quién no se equivoca nunca?

Àngels García Salas

### Carta de una paciente

## Nueve meses sin fumar

El próximo 30 de junio, día de mi aniversario, ¡llevaré nueve meses sin fumar! Estaba cansada de hacerlo. Empecé porque era de mayores. Qué equivocada estaba... De mayores es pagar una hipoteca y tener hijos, ¿pero verdaderamente lo es fumar?

Ahora no fumo y estoy llegando a muchas conclusiones. Me había creado un amigo invisible sin el cual me llegué a creer que todo era peor. Cuando fumaba, me parecía que un café con las amigas era más interesante, una cena de amigos más divertida, que una fiesta tenía más ambiente, una boda era más emocionante, la ansiedad mejoraba. Ahora sé que no es así como va. Soy la que hace los cafés más interesantes cuando hablo, las cenas más divertidas si reímos, las fiestas tienen ambiente, las bodas son emocionantes si me hacen llorar, la ansiedad me disminuye cuando pido ayuda... El valor de las cosas es el que es. El tabaco no las mejora, sino que las llena de humo.

Lo tenía asociado a todo: hablar por el móvil, ir a almuerzos familiares,

con el café, cuando estaba nerviosa, cuando estaba tranquila, cuando estaba contenta, cuando estaba triste... Todo lo hacía con el cigarro.

Ahora no fumo y puedo hacer lo mismo y disfrutar lo mismo, porque el tabaco no añade valor a las cosas. Las cosas tienen el valor que tienen, sin más. Somos nosotros los que podemos mejorarlas: buscando soluciones, pidiendo ayuda, hablando, riendo, bailando, chillando... El tabaco sólo añade humo.

Cuando tengo dudas, hago el esfuerzo de pensar en tres frases: "estoy bien", "no lo necesito" y "no puedo volver a dar ni una calada", pero lo creo de verdad y estoy empezando a asociar el pensamiento de fumar con estas tres frases. Antes asociaba el pensamiento de fumar a lo que comentaba antes: comidas entretenidas, cenas divertidas y bodas emocionantes, pero estaba equivocada. Era yo quien lo hacía y no el tabaco.

Ahora estoy contenta de ser exfumadora y, aunque lo seré para siempre,



## La entrevista motivacional, una herramienta útil

El concepto de salud que todos tenemos presente es un estado de bienestar que incluye aspectos de tipo biológico, psicológico y social. Este bienestar no es un proceso estático, sino dinámico, y cada vez más se relaciona con los hábitos de vida saludables.

Los profesionales de la salud contamos con muchas herramientas de diagnóstico y tratamiento, aunque menos herramientas para trabajar los hábitos insanos. Todos en alguna ocasión nos hemos encontrado en nuestra consulta con personas preocupadas por la salud y con dificultades para iniciar cambios. Todo ello puede provocar tanto en el usuario como en profesional un desgaste, sentimiento de culpabilidad y de no ser capaz de actuar, lo que lleva al abandono del tratamiento.

La Entrevista Motivacional (EM) se ha demostrado como una herramienta útil y efectiva en la promoción de cambios hacia estilos de vida más saludables partiendo de las necesidades propias del paciente, acompañando de forma activa en su proyecto de cambio.

Su eficacia está probada en el tratamiento de las adicciones, y con los años también en el abordaje de otros ámbitos de la salud y comportamentales como sobrepeso, diabetes, hipertensión y desórdenes mentales, entre otros.

A diferencia de otros modelos más confrontativos, que pretenden convencer al paciente haciendo uso de la autoridad, la EM promueve el cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver las propias ambivalencias que son las que dificultan avanzar en los tratamientos.

La decisión de abandonar una conducta insana o de iniciar un hábito saludable dependerá de cuánto sea de importante para el paciente y de cuánta confianza tenga en su capacidad para llevarlo a cabo.

La EM consta de dos fases: una primera exploratoria, en la que se pretende identificar el motivo de consulta mediante un clima cordial, y una segunda fase reso-

lutiva, en la que se consigue fortalecer el compromiso para el cambio.

Muchos de nuestros pacientes se resisten a cambiar por falta de motivación. La motivación nos predice la probabilidad de realizar un cambio y continuar adhiriéndose a él (Miller & Rollnick 1991).

Sabemos también que nadie empieza un cambio si no tiene claro que podrá llevarlo a cabo y será capaz de realizarlo con éxito. En este sentido, la relación cordial y de confianza entre profesional y paciente será de especial relevancia.

El proceso de cambio no es lineal, Prochaska y DiClemente aportan el concepto circular de cambio en el que la persona puede pasar por varias fases del proceso hasta que consigue realizarlo. Este concepto recibe el nombre de la rueda del cambio, que consta de 5 fases:

1. Precontemplativa: la persona considera que no tiene ningún problema. "Sí fumo, de algo tenemos que morir".
2. Contemplativa: empieza a valorar pros y contras de dejar el hábito de fumar, está ambivalente. "Quisiera dejar de fumar, pero me gusta".
3. Determinación: se plantea cambiar la conducta. "Quiero dejar de fumar. ¿Cómo puedo hacerlo?".
4. Acción y mantenimiento: la persona empieza a actuar e intenta mantenerse abstinentemente. "Hace una semana que no fumo".
5. Recaída: vuelve a iniciar la conducta problema. "El otro día salí con amigos a cenar, me relajé y fumé".

Este modelo facilita que los profesionales de la salud identifiquemos la fase en la que se encuentra el paciente, adaptemos y desarrollemos estrategias específicas, en función de la rueda del cambio, ayudando a la persona a avanzar en su propio proceso. Si concebimos el cambio como un proceso circular, entenderemos la recaída como un hecho normal que desculpabiliza al paciente y al profesional y nos permite avanzar sin aferrarnos al fracaso.

Existen cinco principios básicos de comunicación que representan los pilares sobre los cuales se asienta la entrevista motivacional:

1. Expresar empatía: se trata de promover un clima acogedor y de aceptación sin juzgar, criticar ni culpabilizar.
2. Crear discrepancia: a partir de las propias razones y valores del paciente, el terapeuta ayuda a identificar la diferencia entre la conducta actual y el objetivo que quiere alcanzar. Eso aumenta el nivel de conflicto y promueve el cambio.
3. Evitar la discusión: se trata de mantener el nivel de resistencia tan bajo como sea posible. Es necesario evitar la oposición con argumentaciones o intentando convencer a nuestro interlocutor.
4. Dar un giro a la resistencia: se sugiere al paciente diferentes alternativas, nuevos puntos de vista u objetivos.
5. Fomentar la autoeficacia: promoviendo la responsabilidad de elección y el cambio personal ayudamos al paciente a que el cambio sea suyo. De esta manera se incrementa la percepción de su capacidad de hacer frente a las dificultades y tener éxito en el cambio. (Miller, 1985) "No es fácil dejar de fumar y tú lo estás consiguiendo".

Durante la entrevista evitaremos determinadas trampas que favorecen la aparición de las resistencias y obstáculos, como culpabilizar, centrarnos en el rol de expertos olvidándonos de la experticia del paciente o realizando preguntas cerradas.

En resumen, decimos que la EM es una intervención breve, semiestructurada, no confrontativa y directiva que se desarrolla en colaboración con el paciente con la convicción de su gran potencial para realizar cambios. Utiliza un conjunto de técnicas y estrategias que, dedicando poco tiempo adicional, los beneficios de promover cambios en los hábitos de vida que afectan a la salud pueden ser notables.

### Bibliografía

La entrevista motivacional. William R. Miller y Stephen Rollnick (compiladores). Edit. Paidós

Marta Cobo Ariño

Psicóloga del CSMA

Hospital de Santa Maria, Lleida

Teresa Garriga Ramon

Enfermera del CASD

Hospital de Santa Maria, Lleida

Miembros de Motivational Interviewing  
Trainers Association



## La comunidad ante el tabaco: de la prevención al tratamiento

La auténtica educación sobre el tabaco está en el hogar, en la calle, en los medios de comunicación social, en los lugares de trabajo y en cualquier otro lugar en el que las personas se encuentren y se comuniquen.

El consumo y el abuso del tabaco, así como la abstinencia, se aprenden en todos estos sitios, queramos o no queramos aceptarlo. Y se aprende en el más profundo sentido de la palabra, no de forma memorística, sino cambiando las actitudes y valores para traducirlas en conductas acordes con el medio en el que uno crece como persona. Es la comunidad quien asume, aquí, el protagonismo, tanto en el inicio y en el refuerzo del consumo de tabaco como en la abstinencia o en la reducción de su consumo. El trabajo educativo o reeducativo que puedan llevar a cabo las escuelas o los servicios de tratamiento no dejan de ser recursos de la comunidad.

Pero sacar adelante un trabajo comunitario no resulta fácil, por lo que convendría analizar en profundidad las exigencias de la intervención comunitaria (Vega, 1993). Que se organicen actividades de todo tipo en el marco de la comunidad o desde un servicio municipal no significa necesariamente que la comunidad asuma su propia responsabilidad. Puede servir, incluso, de coartada para que los ciudadanos descarguen sus propias responsabilidades en el aparato administrativo.

La intervención educativa que pretenda ser eficaz ha de tener en cuenta todas las variables que intervienen en el inicio y en el desarrollo del consumo de las diferentes drogas. Sólo con la intervención adecuada sobre estas variables se podrá influir en el consumo de drogas.

Pero estas intervenciones pueden tener efectos limitados si no existe una conjunción de esfuerzos para poder actuar, al mismo tiempo, sobre todos los factores intervinientes en el lugar y en el momento precisos. Familia, escuela y comunidad, con todos sus servicios, han de actuar de forma conjunta y coordinada si se pretende conseguir efectos positivos. En definitiva, es la comunidad, que engloba tanto la familia como los centros educativos y otros servicios e instituciones públicas y privadas, quien debe asumir su propia responsabilidad educativa en relación con la problemática del tabaco.

Antes de cualquier intervención comunitaria, habrá que dar una serie de pasos según un orden de prioridad:

- Identificar y movilizar los recursos existentes, ya sean organizaciones juveniles, medios de comunicación social, sindicatos, instituciones

- educativas y sanitarias, organizaciones religiosas, agrupaciones culturales, etc.
- Estudiar el alcance y las características del problema del tabaco en la comunidad con los medios técnicos más adecuados para tener un conocimiento preciso.
- Establecer mecanismos de coordinación de los servicios existentes dentro de la comunidad, sin olvidar los que se puedan desarrollar en un futuro.
- Desarrollar mecanismos para obtener apoyo económico, voluntario, de especialistas y todo lo que exija la intervención planeada. Un apoyo que puede conseguirse de la comunidad y de sus instituciones.

Las intervenciones educativas que se pueden poner en marcha son tantas como seamos capaces de crear. El único límite será nuestra propia capacidad de imaginación. Entre los programas específicos, se pueden recordar, aquí, campañas de sensibilización, encuentros educativos, programas de estudio, etc. Como servicios, tenemos centros de información y documentación, centros de orientación, etc.

En cuanto a las intervenciones inespecíficas, contamos con un amplio abanico de posibilidades o alternativas. Alternativa no quiere decir sustituto, ya que implica una orientación más efectiva que el mismo tabaco en el momento de ofrecer respuestas a las necesidades de las personas.

En este punto, conviene recordar los problemas más frecuentes que suelen aparecer en las intervenciones comunitarias: objetivos inadecuados, desconocimiento de la comunidad, planteamiento equivocado de los esfuerzos a realizar, recursos inadecuados o mal utilizados, falta de representación, un campo de actuación demasiado amplio o dificultades administrativas. La intervención comunitaria no es fácil, pero eso no quiere decir que no sea posible si se actúa con cabeza y se conjuntan esfuerzos y buena voluntad.

Esta intervención comunitaria adquirirá pleno sentido dentro del marco de la promoción de la salud. Las estrategias de la Carta de Ottawa, que recoge la Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI (Morón Marchena, 1998), constituyen el marco más adecuado para el desarrollo de la prevención y el tratamiento del tabaquismo: construir una política pública saludable, crear ambientes sostenibles, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios de salud.

Desde este planteamiento, los profesionales comprometidos con la comunidad asumen como funciones básicas de su trabajo en relación con el tabaco:

- Conocer en profundidad la extensión y características del consumo de tabaco entre los propios educandos y en su entorno.
- Disponer de un proyecto educativo que integre la problemática del tabaco a todos los niveles y las respuestas adecuadas a las necesidades existentes, preventivas o terapéuticas.

- Colaborar con los servicios de la propia comunidad de forma que la intervención educativa esté integrada dentro de los esfuerzos de la comunidad y cuente con la convicción de que los programas comunitarios ofrecen mayores garantías de eficacia educativa.
- Informar y asesorar tanto a educadores, padres y educandos como a otros miembros de la comunidad sobre los efectos negativos del tabaco, con la estrategia y metodología didáctica que se considere más oportuna.
- Derivar los casos problemáticos a los servicios adecuados, sin perder el contacto con estos individuos y colaborando, siempre, en la intervención educativa propuesta.
- Participar en las actividades de promoción de la salud propias de la comunidad, de forma que la escuela sea un eslabón más en la tarea comunitaria.
- Coordinarse con las entidades públicas y privadas para una mejor explotación de los recursos preventivos y terapéuticos de la comunidad.
- Estimular y apoyar a profesores, padres y alumnos para que se impliquen en actividades, servicios, asociaciones, etc. orientadas a dar respuesta a los problemas causados por el tabaco.

Al mismo tiempo, se ve la necesidad de controlar el acceso al tabaco, pues constituye, para muchos, la forma más eficaz de reducir el consumo de esta sustancia y los efectos negativos para la salud que de su consumo se derivan. Según las estadísticas, más de un tercio de quienes se inician en el consumo experimental del tabaco en la primera adolescencia se convierten en fumadores habituales cuando finalizan la educación secundaria. De acuerdo con estas premisas, muchos países prohíben la venta de tabaco a menores para evitar, así, el desarrollo del tabaquismo en esta población. No obstante, algunos estudios ponen de manifiesto que incluso en aquellos países donde se aplica dicha normativa se actúa con cierta tolerancia, sin exigir prueba documental de la edad a más de un sesenta por ciento de los adolescentes que adquieren tabaco o que lo intentan. Por otra parte, la compra no es la única fuente de acceso al tabaco entre los jóvenes, que pueden también conseguirlo de los padres, hermanos, amigos o incluso robándolo (CDD, 2000).

¿Cuál es la mejor forma de limitar el acceso de los jóvenes al tabaco y el posible efecto de esta limitación en su consumo? Stead y Lancaster (2000) han realizado una revisión de diversas intervenciones llevadas a cabo en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Australia para prevenir la venta de tabaco a menores. Su trabajo trata de valorar la eficacia de dichas intervenciones para reducir el acceso de los menores al tabaco mediante la disuasión de los comerciantes minoristas (supermercados, pequeñas tiendas y almacenes, grandes superficies, estancos, etc.) que venden tabaco a menores de edad e incumplen, así, la normativa.

Entre la literatura científica revisada, se seleccionaron veintisiete trabajos, en los que se valoraron las intervenciones orientadas a vendedores minoristas de tabaco (mediante la educación e información sobre la normativa vigente en cada caso o mediante el control de su aplicación), los cambios producidos en la percepción de los menores sobre el acceso

más o menos difícil al tabaco y los consiguientes cambios en las pautas de consumo. Trece de estos veintisiete estudios incluían alguna forma de grupo de control y, en el resto, se compararon los índices de ventas ilegales y/o de consumo antes y después de la intervención. Dada la heterogeneidad de diseños, tipos de intervención y efectos medidos en los diferentes estudios, se optó por la síntesis cualitativa de los resultados en lugar de por un análisis cuantitativo de los mismos.

En concreto, la revisión sistemática llevada a cabo por Stead y Lancaster trataba de responder a estas tres cuestiones:

- La intervención dirigida a los vendedores minoristas, ¿redujo la venta de tabaco a menores? ¿Se manifestó algún tipo de intervención más eficaz frente al resto?
- La reducción de la venta a menores, ¿redujo su percepción (medida a través de autoinformes) sobre la dificultad de acceso al tabaco?
- La reducción de la venta de tabaco a menores, ¿se reflejó en un descenso del consumo juvenil?

En relación con la primera de estas cuestiones, once estudios controlados (es decir, que utilizaron un grupo de control) valoraron los efectos de la intervención en las ventas ilegales mediante controles de cumplimiento de la normativa. En seis de ellos se descubrió que la intervención había reducido el número de ventas ilegales en comparación con el grupo de control. La coacción activa fue la forma de intervención utilizada en tres de ellos. La mera información a los minoristas resultó menos eficaz que la coacción activa y los métodos educativos en la reducción de ventas ilegales. En el resto de estudios controlados no se encontró ninguna diferencia en el índice de ventas ilegales.

Todos los estudios no controlados, por su parte, mostraron una reducción de la venta de tabaco a menores después de la intervención, pero las diferencias encontradas eran variables e inconsistentes en los diferentes contextos, evidenciándose, asimismo, una debilitación de los efectos de la intervención a medida que transcurre el tiempo a partir de su realización. Los resultados muestran, también, que ninguna de las estrategias utilizadas en las intervenciones logró el cumplimiento total y constante de la normativa por parte de los vendedores minoristas y que solamente en tres de los estudios con grupos control se evidencian un pequeño efecto de la intervención en las percepciones de acceso al tabaco de los menores y en la prevalencia del consumo.

**Los autores del estudio concluyen que, si bien las intervenciones orientadas a los vendedores de tabaco pueden reducir, en gran medida, el número de distribuidores que venden tabaco a menores, en pocas comunidades de las analizadas en esta revisión se lograron niveles altos y constantes de conformidad con la normativa entre los minoristas de tabaco.**

Esto explicaría el limitado efecto que dichas intervenciones tienen sobre la percepción juvenil respecto a la accesibilidad del consumo de tabaco y sobre el hábito de fumar en este colectivo.

Se indica, por otra parte, que la planificación de las medidas a adoptar en una política preventiva del tabaquismo deberá tomar en consideración la imposición de un sistema gradual de sanciones para quienes no cumplan la normativa sobre ventas ilegales y sobre consumo, así como las actitudes sociales existentes en la comunidad en la que se impongan dichas medidas, dos aspectos que inciden de forma fundamental en el logro de los objetivos de prevención perseguidos.

Hay que conseguir espacios libres de humo. El daño de fumar ante un menor, ya sea en un espacio cerrado como en la calle, no sólo deviene de la agresión tóxica a un cuerpo en crecimiento, sino del negativo modelo educativo que esto supone para esas pequeñas pero grandes mentes observadoras y abiertas a la imitación de las experiencias de los humanos mayores (CDD, 2006).

Los viveros de crecimiento como la familia, la escuela, el grupo de amigos o compañeros y la colectividad tendrán mayor potencia educadora en el marco de la participación comunitaria. Se trata de mejorar el entorno psicosocial a través de una buena coordinación entre la familia, los centros educativos y todos los servicios que tienen alguna relación con la educación sobre el tabaco.

Los datos aportados por González (1999: 137-138) en su investigación no dejan lugar a dudas a este respecto sobre los tres espacios privilegiados en los que se debería actuar: la familia, la escuela y la comunidad (es decir, el barrio o el pueblo). En este sentido y asumiendo que la escuela ha de ser un espacio de primera línea para las acciones preventivas, debe reforzarse la idea de que éste no puede ser el único, como a veces suele ocurrir. Los otros espacios en los que el adolescente se desarrolla no son menos importantes, sino que también influyen en la conducta adolescente relativa al tabaco.

**Si comprendemos la problemática social del tabaco, sobran acciones educativas simplistas y puntuales a merced de ofertas que vengan de la administración, de profesionales o de asociaciones preocupadas por el tema.**

Al contrario, es la comunidad en su conjunto quien tiene que asumir su responsabilidad y reflexionar sobre la forma de transformarla en acción educativa, con la implicación de todos, como ciudadanos y como profesionales. Lo que exige reflexionar sobre los planteamientos de intervención, valorar la práctica, sistematizar el trabajo en equipo, adaptar e integrar los contenidos a difundir, etc. para reconstruir la cultura de la salud en la que ubicar la cuestión del tabaco.

**Dr. Armando Vega Fuente**  
Catedrático de Educación Especial  
de la Universidad del País Vasco

## Referencias bibliográficas

- Abella F, Vilarasoa A (eds.). Tratamiento del tabaquismo. Casos prácticos. 2007. Lleida, Universitat de Lleida.
- Ayuntamiento de Santurtzi. Programa cero al tabaco/Zeroa tabakoari programa Santurtzi. 2006. Ayuntamiento de Santurtzi.
- Begoña E, et al. Tabaco y Salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. 1994. Madrid, Pirámide.
- Elzo J, et al. Drogas y Escuela VII. Las drogas entre los escolares de Euskadi veinticinco años después. 2008, 212-239.
- Equipo Octopus. Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. 1999. Revista Española de Salud Pública, 73(3), 333-341.
- Fernández C, et al. Prevención del consumo de alcohol y tabaco. Guía didáctica para el profesorado del primer ciclo de E.S.O. 1999. Madrid, Ministerio del Interior, de Educación y Cultura, de Sanidad y Consumo.  
<http://www.mec.es/cide/publicaciones/textos/inn1999pcat/inn1999pcat.htm>.
- Fernández S, et al. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta análisis? 2002. Rev. Esp. Salud Pública, 76, 175-187 n.º 3, mayo-junio.
- Freire P. Pedagogía de la indignación. 2000. Madrid, Morata.
- Goos C. Políticas europeas ante el tabaco y el alcohol. 2002.
- Jiménez Rodrigo ML. Una profecía que se cumple a sí misma: Tras los mitos del consumo femenino adolescente de cigarrillos. 2008. LiberAddictus n.º 101, marzo-abril.
- 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. BOE n.º 309 de 27/12/2005, 42241-42250.
- Mendoza R, López P. Consumo de tabaco en el alumnado español preadolescente y adolescente: diferencias de género. 2007. Adicciones v. 19, n.º 4, 341-356.
- Morón JA. El tabaco como reto educativo. Una revisión desde una perspectiva sociológica. 2001. Revista Educación XXI 4, 125-163.
- Muñoz C, Jurado D, Luna JD. Exposición al humo de tabaco ambiental en niños en el medio familiar: creencias, actitudes y prácticas de los padres. 2003. Prev. Tab. 5 (1): 11-8.
- Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. 2008. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 58 pág. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Políticas y legislación en materia de tabaco. 2009. Vitoria, Gobierno Vasco. Conclusiones, 155-160. [http://www.euskadi.net/r33-2288/eu/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_tx\\_ostena/es\\_9033/adjuntos/Políticas%20y%20programas\\_cas\\_t.pdf](http://www.euskadi.net/r33-2288/eu/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_tx_ostena/es_9033/adjuntos/Políticas%20y%20programas_cas_t.pdf).
- Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. 2003. Rev. Esp. Salud Pública, 77: 441-473, 4.  
<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp>.
- Ronald MD, et al. The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use. 2008. Bethesda, National Cancer Institute, 684.
- Vega A. El tabaco en el Proyecto Educativo: entre la escuela y la comunidad. Mejor sin humos. Educar para la Salud. Jornadas antitabaco. 1998. Granada, Grupo Editorial Universitario, 35.
- Vega A. El País Vasco ante las drogas. Los retos del proyecto comunitario en las escuelas. 2000. San Sebastián, Gakoa.
- Vega A. El consumo de tabaco entre adolescentes: reto educativo. 2009. Lleida, Info Tabac, el informe del experto en tabaquismo, 16 de octubre.
- Vega A. et al. Drogas: qué política para qué prevención. 2002. San Sebastián, Gakoa, 177-186.
- Vega A. et al. Por favor, no fumes en este aire. 1984. Campaña de la Diputación Foral de Guipúzcoa contra el consumo de tabaco. Comunicación XII Jorn. de Sociodrogalcohol. Granada, 16-18 de septiembre.
- Vega A, Aramendi P. Iniciación profesional y drogas: de la cualificación profesional a la promoción de la salud. 2010. A tu Salud, en prensa.
- Villalbí JR. El plan nacional de prevención y control del tabaquismo y el movimiento de prevención en España. 2003. Rev. Esp. Salud Pública 77: 435-436, n.º 4 julio-agosto.
- WHO. Tobacco and the Rights of the Child. 2001. Geneva: World Health Organization, WHO/NMH/TFI/01.3.

## Índice

- 01** *La experiencia*  
Prevención del tabaquismo en la escuela: una propuesta sostenible y respetuosa con el medio
- 01** *El editorial*  
Malos humos
- 02** *Tabaco y humor*
- 02** *Carta de una paciente*  
Nueve meses sin fumar
- 02** *Crítica literaria*  
Manejo clínico del paciente con patología dual. Recomendaciones de expertos
- 03** *Nuestras expertas opinan*  
La entrevista motivacional, una herramienta útil
- 04-05** *Firma invitada*  
La comunidad ante el tabaco: de la prevención al tratamiento
- 06** *La actualidad de la formación*  
Calendario de congresos, cursos y jornadas  
Entrega de premios

## El consejo

Generalmente las personas se convencen más por las razones que descubren ellas mismas que por las que les explican los demás

*Blaise Pascal*

## Edita



**HOSPITAL  
DE SANTA MARIA**



**Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut**



## Colaboran



Tel. 973 72 72 22  
Suscripción gratuita en: [tabac@gss.scs.es](mailto:tabac@gss.scs.es)

## La actualidad de la formación

# Calendario de congresos, cursos y jornadas

**Oslo / del 22 al 26 de agosto de 2010**

**Reunión Triannual del Consejo Internacional sobre Alcohol, Drogas y Seguridad Vial/Tri-annual Meeting of the International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety**

Organiza: International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety.

Lugar: Oslo, Noruega (Conference Centre).

E-mail: [icadts2010@tsforum.no](mailto:icadts2010@tsforum.no)

Más información en: [www.t2010.org](http://www.t2010.org)

**Valencia / de octubre de 2010 a mayo de 2011**

**Máster Oficial en Educación y Rehabilitación en Conductas Adictivas (6ª edición)**

Organiza: Universidad Católica de Valencia, Centro de Formación e Investigación sobre drogas y otras conductas adictivas (ENFOCA).

Destinatarios: diplomados y/o licenciados del ámbito socioeducativo o sociosanitario, especialmente titulados en Psicología, Psicopedagogía, Pedagogía, Educación Social, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Enfermería, Medicina, Magisterio, Antropología...

Objetivos: que el alumno adquiera una formación sólida desde los fundamentos teóricos hasta el desarrollo de la destreza práctica que le permita una comprensión integral y multidisciplinar del fenómeno del consumo y de la dependencia de las drogas y otras conductas adictivas.

Inscripción: a partir del 31 de mayo de 2010.

Lugar: Universidad Católica de Valencia, Valencia. Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud.

Teléfono de información: 902 300 099.

E-mail: [enfoca@ucv.es](mailto:enfoca@ucv.es)

Más información en: [www.ucv.es/adictivas](http://www.ucv.es/adictivas)

**Barcelona / del 5 al 8 de octubre de 2011**

**II Congreso Internacional de Patología Dual: Conductas Adictivas y Otros Trastornos Mentales**

Organiza: Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).

Colaboran: Asociación Mundial de Psiquiatría, Ministerio de Sanidad y Política Social, Generalitat de Catalunya, National Institute on Drug Abuse (NIDA).

Objetivo: ofrecer una plataforma en la que los profesionales de las adicciones y de la salud mental, junto con los principales líderes de opinión en este campo, actualicen y compartan conocimientos y desarrollos.

Lugar: Hotel Barceló Sants, pl. dels Països Catalans s/n, Barcelona.

Teléfono de información: 913 612 600.

E-mail: [secretariat@cipd2011.com](mailto:secretariat@cipd2011.com)

Más información en: [www.patologiadual.es/cipd2011/](http://www.patologiadual.es/cipd2011/)



*Foto izquierda: Entrega I Premio 31 de Mayo, concedido a Armengol Tolsà Badia, Ermengol, a su perseverancia, predisposición y continua lucha contra el tabaco, reflejada en su obra como dibujante. La entrega del premio tuvo lugar el Día Mundial Sin Tabaco, en el Hospital de Santa Maria de Lleida.*

*Foto inferior: Entrega de premio del I Concurso de Rap contra los Efectos Nocivos del Tabaco. Los ganadores fueron los alumnos de 5º de Primaria de la Escuela Prácticas I de Lleida y Ossama Sabbor y Lavinia Descalç de Manresa (Barcelona). La entrega de premios tuvo lugar el Día Mundial Sin Tabaco, en el Hospital Santa Maria de Lleida.*



Cestió de Serveis Sanitaris / Hospital de Santa Maria  
Av. Alcalde Rovira Roure, 44 - 25198 LLEIDA

**Info Tabac**