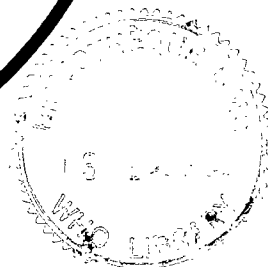
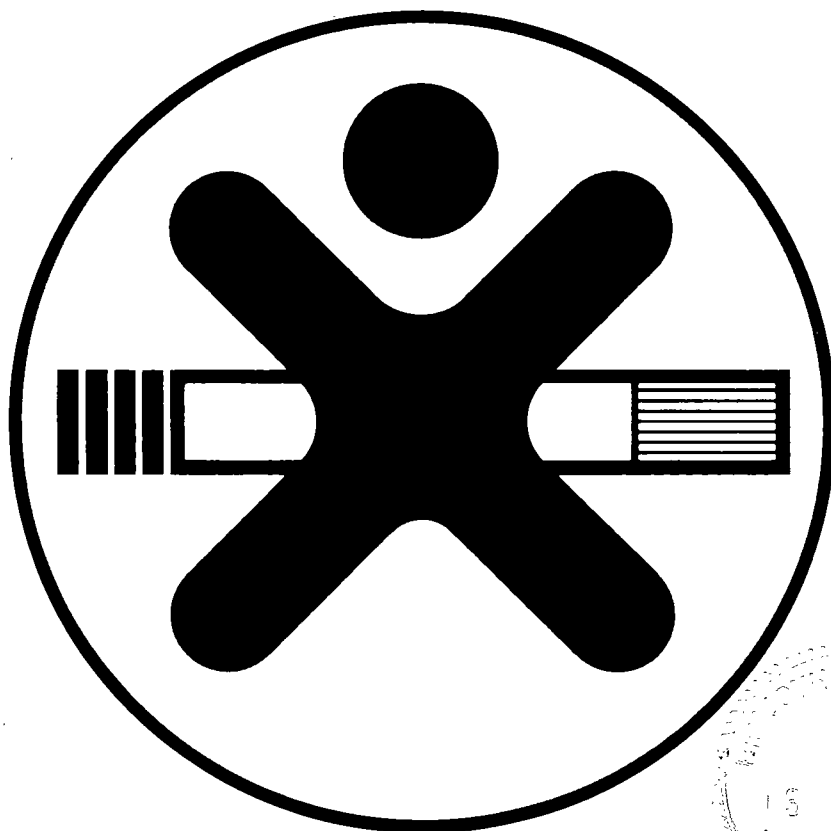


Evaluación y seguimiento de acciones públicas contra el tabaquismo



Europa sin tabaco: 3



Esta publicación ha sido traducida y editada en castellano
por la Comunidad Económica Europea.

Este librito forma parte de una colección redactada en el marco del Plan de acción contra el tabaquismo adoptado por el Comité regional para Europa de la Organización mundial de la salud en septiembre de 1987, en el marco del programa Europa contra el cáncer de la Comunidad Europea.

Ha sido coproducido por la Oficina regional de la OMS para Europa y la Comisión de Comunidades europeas.

Redacción: Claude Vilain.

Coordinación de la colección: Patti White.

Las opiniones expresadas son las del autor y no representan necesariamente las decisiones o la política de los coproductores.

El texto puede ser reproducido o traducido previa petición a la Oficina regional de la OMS para Europa (Oficina de información al público).



Indice

	<u>Página</u>
Introducción	1
1. Indicadores de seguimiento y evaluación.....	3
1.1. Indicadores fundamentales	3
1.1.1. Tasas de mortalidad	4
1.1.2. El consumo de tabaco	4
1.1.3. El predominio del tabaquismo.....	5
1.1.4. La política de control del tabaquismo	5
1.2. Indicadores recomendados	7
1.3. Indicadores facultativos	7
1.3.1. Los datos de morbosidad	8
1.3.2. El predominio en algunas poblaciones clave.....	8
2. Encuestas cuantitativas sobre el tabaquismo	9
2.1. Ventajas e inconvenientes de las encuestas cuantitativas	9
2.2. Grupos de población a estudiar.....	10
2.3. Métodos de muestreo.....	11
2.4. Dimensión de las muestras.....	11
2.5. Los cuestionarios	12
2.5.1. Los adultos.....	12
2.5.2. Jóvenes y adolescentes.....	15
2.5.3. Las profesiones médicas.....	19
2.5.4. Los docentes.....	19
2.5.5. Las mujeres embarazadas.....	20
2.6. Tratamiento y presentación de los datos	20
3. Estudios cualitativos sobre el tabaquismo.....	23
3.1. Su interés	23
3.2. Técnicas utilizadas.....	24
3.2.1. Entrevista no directiva o en profundidad.....	24

	<u>Página</u>
3.2.2. Discusiones en grupo.....	25
3.2.3. Técnicas restantes.....	25
3.3. Un plan de estudio.....	26
3.4. Estudio de un caso.....	27
3.4.1. El método.....	27
3.4.2. Resultados más importantes.....	28
3.4.3. Principio de acción.....	30
Conclusión.....	33
Anexos.....	35

Introducción

El propósito de este documento es seguir la evolución de diversos componentes del Plan de acción contra el tabaquismo, adoptado por el Comité regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en 1987. Con la misma perspectiva e igualmente en el marco del programa Europa contra el cáncer, servirá a los países para evaluar su situación respecto al uso del tabaco.

Así, se ha previsto:

- elaborar y seguir indicadores que permitan describir la situación de los Estados Miembros con respecto al uso del tabaco y evaluar el impacto de sus programas de control;

- identificar y ampliar las encuestas adecuadas relativas a poblaciones ejemplares tales como profesionales de la sanidad, jóvenes, docentes;

publicar guías técnicas sobre el interés de los estudios psicosociológicos para conocer los factores determinantes del uso del tabaco y las desigualdades en la materia;

- estudiar un sistema informatizado para incorporar los datos y facilitar su intercambio;

Este documento ha sido elaborado para intentar responder a estos objetivos diversos. Debe permitir a los Estados Miembros que han decidido poner en marcha programas nacionales de acciones concertadas contra el tabaquismo:

- recordar los indicadores principales de seguimiento y evaluación de sus programas;

- armonizar las definiciones y normalizar los métodos de recogida de información estadística.

- desarrollar estudios cualitativos adecuados sobre el origen de los comportamientos y hábitos tabaquistas.



Indicadores de seguimiento y evaluación

Los indicadores que hay que seguir se pueden agrupar en tres categorías:

- Indicadores fundamentales.
- Indicadores recomendados.
- Indicadores facultativos.

Los indicadores fundamentales se refieren a los datos básicos y poco numerosos que hay que recabar para seguir la evolución de un programa nacional y hacer comparaciones entre países. Estos datos deben ser obligatoriamente objeto de mediciones fiables mediante procedimientos adecuados, realizadas a intervalos regulares. Estos indicadores están incluidos en los indicadores de la Salud para todos en el año 2000 y por ello desde 1985 son objeto de un seguimiento regular en los países de la Región europea.

En el caso de los indicadores recomendados, los mismos imperativos de calidad deben dirigir su elaboración; no obstante, su periodicidad puede ser variable.

Los indicadores facultativos son indicadores que, sin ser imprescindibles en el seno de los programas nacionales, sin embargo permiten seguirlos más de cerca, a fin de adaptarlos mejor a las necesidades.

Para elaborar estos instrumentos, las informaciones deberían proceder de datos estadísticos oficiales normalizados. En su ausencia, habría que emprender encuestas específicas.

— A este fin, se propone procedimientos normalizados. Estos se inspiran en los principios directores establecidos anteriormente por la OMS¹ y se basan en parte en encuestas llevadas a cabo por los Estados Miembros que ya han adquirido cierta experiencia en este entorno.

1.1. Indicadores fundamentales

Son las tasas de mortalidad, el consumo de tabaco, el predominio del tabaquismo y la política de control del tabaquismo.

1.1.1. Tasas de mortalidad

Según la novena revisión de la Clasificación internacional de enfermedades, habría que seguir anualmente las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, por sexo y edad, presentadas a continuación por grupos de causas:

- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (162).
- Bronquitis, enfisema y asma (491-493).
- Cardiopatías isquémicas (410-414).

Para cada una de estas causas o grupo de causas, convendría establecer una serie de que abarque unos 20 años, partiendo, por ejemplo, el año 1960.

Sabiendo que según las estimaciones de la Oficina regional de la OMS para Europa, el 90 % de la mortalidad por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea se debe al tabaco, y que el 75 % de las muertes debidas a la bronquitis, enfisema y asma, y el 25 % de la mortalidad por enfermedades isquémicas son imputables al tabaco, se puede establecer sobre el mismo período una serie que presente la estimación mínima del número de fallecimientos debidos al tabaco, por sexo y por 100.000 habitantes.

1.1.2. El consumo de tabaco

El indicador que hay que seguir se refiere al consumo de tabaco por habitante a partir de los 15 años. A veces puede expresarse simplemente por habitante, sin referencia a la edad mínima de 15 años.

Esta información debería seguirse al menos cada dos años tras la puesta en marcha del programa nacional. Sería ideal establecer también una serie que se remonte a los años 1960-1965.

En muchos países se publica las ventas de tabaco y éstas se pueden calcular en base a estadísticas fiscales. Por diversas razones, estos datos no siempre reflejan el consumo exacto. Los motivos son, principalmente:

- los fraudes, el contrabando, las ventas desgravadas;
- la modificación de los hábitos de consumo (cigarrillos elaborados, cigarrillos para liar, etc.);
- la modificación del peso de tabaco de cada cigarrillo, etc.

Es por lo que, muy a menudo, estos datos se deben completar con encuestas

específicas que proporcionen estimaciones sobre el predominio del tabaquismo por sexo y edad.

1.1.3. El predominio del tabaquismo

Los indicadores fundamentales seleccionados para seguir el predominio del tabaquismo en las poblaciones que los Estados Miembros se refieren a la proporción de no fumadores y la proporción de grandes fumadores (20 cigarrillos y más, al día).

Estos datos se recogerán mediante las citadas encuestas, cuya metodología se precisa más adelante. En cuanto a las definiciones, son las siguientes:

- no fumador: persona que no fuma en el momento de la encuesta. La categoría de no fumador se puede dividir en:
 - a) ex-fumador: persona que ha fumado habitualmente durante al menos seis meses y no fuma en el momento de la encuesta;
 - b) otro tipo de no fumador: persona que no ha fumado nunca, o que ha fumado durante un período lo bastante corto (menos de 6 meses) para ser considerado no fumador;
- fumador regular, es decir, toda persona que, en el momento de la encuesta, fuma cada día cualquier derivado del tabaco; esta categoría se subdivide como sigue:
 - a) gran fumador: todo fumador habitual que, en el momento de la encuesta, fuma 20 cigarrillos o más al día.
 - b) fumador ocasional: toda persona que fuma en el momento de la encuesta, pero menos de una vez al día.

Estos datos deberían recabarse regularmente en muestras representativas, y desglosarse por sexo, edad y categoría socioprofesional.

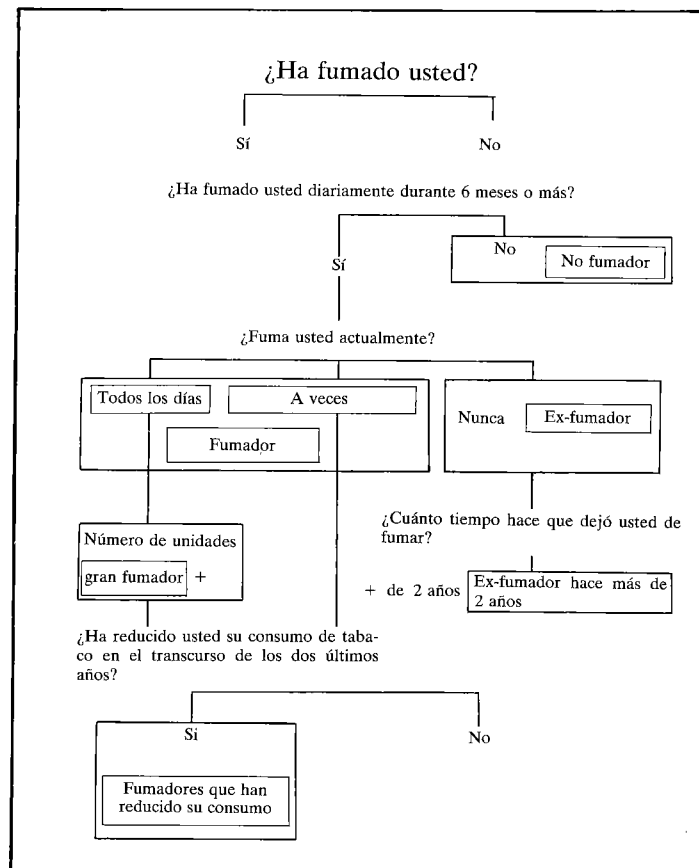
1.1.4. Política de control del tabaquismo

Se trata de describir sucintamente las medidas locales y nacionalidades que se toman en los ámbitos descritos a continuación:

- legislación específica sobre el tabaco y su uso (limitación de la producción, distribución, promoción y publicidad);
- política fiscal y de fijación de precios;

- medidas para proteger a los no fumadores;
- desarrollo de la educación sanitaria y de la información pública;
- formación de profesionales de sanidad (y de otros sectores);
- ayuda práctica para el abandono del tabaco;
- programas a nivel de la colectividad;
- estudios ejemplares.

Para permitir la realización de comparaciones internacionales, estos datos deberían ser proporcionados por los Estados Miembros al menos para los años 1988 a 1990.



1.2. Indicadores recomendados

Se trata de seguir con mayor precisión la evolución del predominio del tabaquismo. Los indicadores recomendados se refieren esencialmente a:

- el porcentaje de población que no ha fumado nunca;
- el porcentaje de población que ha dejado de fumar hace por lo menos dos años en el momento de la encuesta;
- el porcentaje de población que ha reducido su consumo en el transcurso de los dos años anteriores a la encuesta;

Estos datos deberían presentarse por edad, sexo y categoría socioprofesional. Para los adultos, convendría tener en cuenta el nivel de estudios y la situación de parado. Para los jóvenes, habría que tener en cuenta la profesión de los padres, el nivel de escolaridad o la actividad profesional en el momento de la encuesta.

— Los grupos de edad recomendados son los adoptados por la OMS: de 9 a 11 años, 12 a 14 años, 15 a 17 años, 18 a 19 años, 20 a 24 años, 25 a 29 años, 30 a 34 años, o menos de 15 años, 15 a 24 años, 25 a 44 años, 45 a 64 años, 65 años en adelante. En todos los casos, se trata de la edad en el último cumpleaños.

1.3. Indicadores facultativos

Estos indicadores facultativos tratan fundamentalmente de:

- los datos de morbosidad;
- el predominio del tabaquismo en algunas poblaciones clave.

1.3.1. Datos de morbosidad

Para seguir la evaluación de los programas nacionales, habría que hacer un esfuerzo especial por sacar a la luz los datos de morbosidad relativos a:

- cardiopatías isquémicas;
- cáncer de bronquios, pulmón y tráquea.

Estos datos pueden obtenerse de los registros de cáncer y de enfermedades cardiovasculares, si existen, y de estadísticas de morbosidad hospitalaria.

1.3.2. Predominio en algunas poblaciones clave

Se trata fundamentalmente de seguir la evolución del consumo de derivados del tabaco:

- en la población de mujeres embarazadas (sería útil seguir también la evolución del peso del niño al nacer);
- en las profesiones médicas y paramédicas;
- en los docentes.

Para cada una de estas poblaciones y siguiendo modalidades que se describirán más adelante, convendría seguir la evolución de indicadores definidos antes para la población general (indicadores fundamentales o indicadores recomendados).

Encuestas cuantitativas sobre el tabaquismo

2.1. Ventajas e inconvenientes de las encuestas cuantitativas

En la situación actual de disponibilidad de datos en la mayor parte de los países, sólo las encuestas por sondeo pueden proporcionar estimaciones sobre el predominio del tabaquismo por sexo, edad y medio socioprofesional. Estas encuestas presentan diversos puntos de interés. Si se ponen en marcha al comienzo de las actividades nacionales de control del tabaquismo y se realizan periódicamente, permiten despejar las tendencias de consumo, evaluar el impacto de estas intervenciones, y modificar y reforzar las orientaciones de éstas.

De todas fuentes de información estadística, las encuestas de este género son sin duda las más utilizadas para planificar, evaluar y permitir comparaciones internacionales en materia de lucha contra el tabaquismo. Son menos costosas y más rápidas que las encuestas administrativas o exhaustivas.

Las observaciones son poco numerosas y pueden verificarse. Asimismo, permiten reducir al mínimo los errores de observación. Finalmente, las encuestas por sondeo permiten medir varias características por cada individuo de la muestra, lo que favorece mucho los estudios analíticos y en, por consiguiente, los intentos de previsión.

En cambio, estas encuestas no son bastante baratas para poder repetir las a un ritmo rápido. Hay que reservarlas al estudio de poblaciones suficientemente bien definidas y localizadas. Tampoco permiten obtener resultados muy detallados, ya que están limitadas por las posibilidades de los entrevistados.

A menudo, para algunos de ellos (los fumadores no son la excepción), la memoria y la sinceridad, así como la seriedad de las respuestas distan de ser perfectas. Hay que saber que las condiciones psicológicas de la entrevista son muy diferentes de las de la vida real, sobre todo cuando se trata de interrogar a personas cuyo medio sociocultural es muy diferente del entrevistador.

Las encuestas realizadas sobre muestras representativas no están concebidas especialmente para resolver problemas de análisis. Si es difícil observar los compor-

tamientos humanos, es todavía más delicado determinar sus motivos. Por ello, las preguntas ingenuas del tipo «¿Porqué fuma usted?», raramente proporcionan respuestas satisfactorias. Para intentar comprender y analizar la formación de comportamientos en materia de tabaquismo, hay que utilizar algunas técnicas llamadas cualitativas. Se estudian en la última parte de este documento.

Las encuestas por sondeo están concebidas fundamentalmente para describir una población estudiada. La calidad de los resultados proporcionados depende del modo de selección de la muestra y de la calidad de las observaciones realizadas ante los individuos entrevistados.

Si las técnicas están lo bastante perfeccionadas como para que los errores vinculados a la elección de la muestra sean mínimos, es importante destacar que, cuando fracasa una encuesta, se debe sobre todo a errores de observación. Un aspecto esencial de los sondeos es que cada observación sea realizada con el mayor cuidado, de ahí la importancia de la redacción de los cuestionarios y de la cualificación de los entrevistadores.

2.2. Grupos de población a estudiar

La población adulta: las encuestas por sondeo sobre una muestra representativa de la población adulta permiten hacerse una idea de la amplitud del problema del tabaquismo sobre el conjunto de la población del país. Permiten valorar el predominio del tabaquismo en función de ciertos atributos (sexo, edad, nivel cultural, categoría socioprofesional).

Los jóvenes: la definición de este término puede variar de un país a otro, adoptándose generalmente como límite superior al mayoría de edad legal. Para evaluar el consumo de tabaco por parte de los jóvenes es necesario recurrir a encuestas entre grupos de edad suficientemente segmentados y a preguntas especiales que no hagan pensar en el consumo habitual o regular de tabaco. Las encuestas a la juventud revisten especial importancia ya que permiten apreciar la edad a la que se empieza a fumar y evaluar los riesgos del tabaco sobre la salud a largo plazo.

El cuerpo médico: el estudio del tabaquismo entre los médicos puede considerarse como un medio de concienciar a estos últimos de su responsabilidad profesional. También se puede tomar a este grupo como ejemplo, cuando fuma poco (como es el caso en muchos países europeos), para incitar y motivar al resto de la población a que deje de fumar.

Los demás grupos: en lo relativo a la responsabilidad profesional o al papel so-

cial, el razonamiento aplicado a la población de médicos es válido para grupos como el de los docentes o las profesiones afines a la medicina.

Otro grupo cuyo seguimiento es importante es el constituido por las mujeres embarazadas.

2.3. Métodos de muestreo

Existen muchos métodos de muestreo que permiten representar a la población a estudiar. La elección de los métodos depende de los recursos y condiciones locales. Esta elección debe realizarse en estrecha colaboración con un estadístico, un especialista en ciencias sociales o un epidemiólogo. Ya se trate de métodos empíricos como el de cuotas, o el método aleatorio, la elección incumbe a especialistas y debe ser efectuada por institutos especializados.

En cuanto a las formas de observación utilizadas hay que privilegiar la observación directa. Hay que utilizar el método de entrevista clásica en el domicilio o en el lugar de trabajo.

2.4. Dimensión de las muestras

Para determinar la dimensión de las muestras hay que tener en cuenta el grado de precisión de los resultados deseado y el nivel de desglose en subgrupos.

Por ejemplo, cuando hay que conocer la proporción de no fumadores en una población determinada, una muestra representativa de 1.000 personas proporciona una estimación cercana al 95 % con un margen de error aproximado del 3,2 % como máximo. Por tanto, cuando se trata de saber el número de fumadores por edad y sexo, una muestra así es suficiente. Si se quiere obtener resultados más precisos, teniendo en cuenta el sexo, la edad y la categoría socioprofesional o el nivel de educación, bastará con ampliar la muestra a 2.000 personas. Para profundizar más y obtener datos aún más detallados, por ejemplo, para un subgrupo particular en el marco de un estudio sobre los adultos será mejor efectuar una encuesta especial dentro de este subgrupo que adoptar una muestra global más amplia. De estas observaciones se desprende inmediatamente una regla empírica: para presentar los resultados de un sondeo, no se usarán tablas estadísticas cuando se encuentre un promedio de menos de 30 individuos por caso.

Las dimensiones de las muestras propuestas aquí son suficientes para poder observar variaciones significativas en el tiempo. Por regla general, se considera que en base a muestras representativas aleatorias de menos de 2.000 personas una variación menor al 2,5 % no es significativa.

Si se quiere seguir en el tiempo las variaciones de la proporción del número de fumadores para un sexo concreto y para un grupo de edad determinado es interesante escoger una muestra de 2.000-2.400 personas repartidas, por ejemplo, de la siguiente forma:

Edad	Hombres	Mujeres
15-24 o 18-24	(200)	(200)
25-34	200	200
35-44	200	200
45-54	200	200
55-64	200	200
65 en adelante	200	200
TOTAL	1.000 (ó 1.200)	1.000 (ó 1.200)
CONJUNTO	2.000 (ó 2.400)	

2.5. Los cuestionarios

Para cada población estudiada (adultos, jóvenes, profesiones médicas, docentes y mujeres embarazadas) se tratará sucesivamente tres tipos de datos principales: los hábitos tabaquistas, las actitudes y las opiniones sobre los derivados del tabaco.

2.5.1. Cuestionario dirigido a los adultos

2.5.1.1. *Los hábitos tabaquistas de los adultos*

Por lo que se refiere al uso y consumo de productos derivados del tabaco se puede identificar varias categorías de consumidores. Conviene observar que, depen-

diendo del cuestionario y del país, los términos que definen las diversas categorías de fumadores y no fumadores no siempre se emplean con el mayor rigor, y a menudo revisten significados diferentes e incluso imprecisos. A fines de uniformidad, se propone utilizar las siguientes definiciones en las entrevistas para seguir y evaluar los programas nacionales:

- fumador que consume tabaco diariamente: toda persona que fuma cada día cualquier producto de tabaco en el momento de la encuesta;
- fumador ocasional: toda persona que fuma cualquier producto del tabaco menos de una vez al día;
- no fumador: toda persona que no fuma.

Dentro de la categoría «fumador que consume tabaco diariamente», conviene identificar:

- el fumador que consume diariamente cigarrillos (ya sean cigarrillos elaborados o liados a mano);
- el fumador que consume diariamente otros productos derivados del tabaco (tabaco de mascar, de pipa, puros, etc.).

En algunos casos sería conveniente desglosar el grupo «fumadores consumidores habituales de tabaco» de forma aún más detallada:

- fumador que sólo consume diariamente cigarrillos;
- fumador que sólo consume diariamente otros productos derivados del tabaco;
- fumador que consume diariamente cigarrillos y otros productos derivados del tabaco.

La categoría de «no fumador» puede dividirse de la siguiente manera:

- exfumador: el que ha fumado diariamente durante seis meses por lo menos, pero que no fuma cuando se realiza la encuesta;
- otro no fumador, es decir, el que no ha fumado nunca o que ha fumado muy poco (en frecuencia y duración), y que no se puede considerar que entre en la categoría de «exfumador».

Los datos relativos al consumo individual de productos derivados del tabaco se tratan normalmente a nivel de consumo individual: número de cigarrillos, puros, pipas, rapé, etc.). Estas preguntas se dirigen al fumador habitual. Efectivamente, la frecuencia de consumo de los fumadores ocasionales es demasiado variable para que su consumo medio sea utilizable estadísticamente.

Cuestionario básico dirigido a los adultos

P1 ¿Ha fumado usted?

P2 ¿Ha fumado usted diariamente durante seis meses o más?

P3 ¿Fuma actualmente?

- diariamente
- ocasionalmente
- nunca.

P4 Cuál es su consumo diario de:

- cigarrillos elaborados
 - cigarrillos liados a mano
 - pipas
 - puros/puritos
 - bidis/goza/narguiles
 - rapé y tabaco mascado
- (¿tomá rapé o masca tabaco diariamente?)
¿ocasionalmente?

P5 ¿Cuanto tiempo hace que ha dejado usted de fumar?

6 meses de 6 meses a 1 año 1 a 2 años más de 2 años

P6 ¿Ha reducido usted el consumo de tabaco en el transcurso de los dos últimos años?

Atributos de la encuesta:

- Sexo.
- Edad en el último cumpleaños.
- Lugar de residencia.
- Categoría socioprofesional.
- Nivel de estudios.
- Situación matrimonial.

¹ Ver la versión detallada del cuestionario presentada en el anexo.

2.5.1.2. *Actitudes y opiniones*

Las preguntas relativas a las actitudes y opiniones son de carácter facultativo. Las formulaciones propuestas en la versión detallada del cuestionario dirigido a los adultos (ver en anexo) sólo se dan a título de ejemplo. Convendría comprobarlas y matizarlas en función de los resultados de los estudios cualitativos descritos más adelante. De todas formas son imprescindibles.

Se puede abordar diversos temas. Su elección y la de las preguntas correspondientes dependen del objetivo perseguido por la acción de los países y de la frecuencia probable de las encuestas. A título de ejemplo se mencionará las preguntas referentes a:

- La presión en favor al abandono del tabaco: esta información contribuirá a la elaboración de actividades para fomentar el abandono del tabaco así como a la evolución de la amplitud percibida del problema del tabaco;
- la probabilidad del abandono de los hábitos tabaquistas: este dato constituirá un indicador más sensible del impacto de la acción antitabaquista que el número de fumadores que renuncian realmente al uso del tabaco;
- la adhesión a la acción gubernamental: esta información es útil para planificar y justificar las actividades de los poderes públicos;
- las opiniones sobre la nocividad del tabaco y sobre los efectos benéficos para la salud que pueden derivar de su abandono;
- las razones para fumar o para no fumar: estas informaciones permiten estudiar las motivaciones y frenos respecto al uso del tabaco en diversos subgrupos en función de la edad, sexo, nivel cultural o socioprofesional: estas razones también resultan de suma utilidad para la planificación de campañas de educación sanitaria;
- las normas sociales: estas normas podrían proporcionar indicadores precisos sobre los cambios sobrevenidos en el clima social y permiten predecir modificaciones en los comportamientos tabaquistas.

2.5.2. **Cuestionario dirigido a jóvenes y adolescentes**

En cuanto a los jóvenes y adolescentes, las cuestiones deben ser formuladas de forma diferente. Por término medio, los jóvenes fuman mucho menos que los adultos. El entorno social desempeña un papel importante en la formación de su comportamiento. Por añadidura, con frecuencia sus hábitos son inestables. A períodos

de uso precoz del tabaco suceden a veces períodos e abstinencia, seguidos de nuevas experiencias tabaquistas.

2.5.2.1. *Los hábitos tabaquistas de jóvenes y adolescentes*

Al margen del consumo cotidiano de tabaco, entre los jóvenes se observan formas de consumo semanal o irregular. También ocurre muchas veces que los jóvenes adoptan un comportamiento a título de prueba y fuman regularmente cada semana, o incluso cada día, durante cierto tiempo, y luego lo dejan. En función de las definiciones propuestas para los adultos se puede utilizar las siguientes categorías empleadas para los adultos:

- joven fumador consumidor diario de tabaco: todo joven que fuma cada día cualquier producto derivado del tabaco en el momento de la encuesta;
- joven fumador semanal de tabaco: todo joven que fuma al menos una vez por semana, pero que no fuma todos los días en el momento de la encuesta;
- joven fumador consumidor de tabaco a título de prueba: toda persona que fuma menos de una vez por semana;

Como criterio de estabilidad se puede deducir por ejemplo que un joven fumador es un joven que ha fumado todas las semanas al menos durante los tres meses precedentes a la encuesta. Estos criterios deben ser fijados por los especialistas encargados de la encuesta:

- joven no fumador: todo joven que no fuma cuando se realiza la encuesta (es la misma definición que para los adultos).

La categoría «joven no fumador» se puede subdividir en:

- antiguo fumador que ha consumido tabaco todos los días o todas las semanas: es decir, un no fumador en el momento de la encuesta que en el pasado ha fumado todos los días o todas las semanas durante tres meses o más;
- antiguo fumador que ha consumido tabaco a título de prueba: es decir, un no fumador en el momento de la encuesta que en el pasado ha fumado menos de una vez por semana tres meses o más.

Al registrar los niveles de consumo no hay que olvidar dar a aquellos que fuman de forma regular (pero no necesariamente todos los días) la posibilidad de valorar su consumo en número de cigarrillos (u otros productos derivados del tabaco) por semana. Pero también, igual que para los adultos, hay que utilizar las respuestas con prudencia, habida cuenta de la inestabilidad de la frecuencia de consumo.

2.5.2.2. *Actitudes y opiniones de los jóvenes y adolescentes.*

Para los jóvenes y adolescentes, resulta particularmente importante identificar los indicadores de previsión del comportamiento tabaquista en el futuro, sobre todo si se desea evaluar el impacto de las actividades de prevención del uso del tabaco. Por ejemplo, se puede preguntar a los jóvenes de 15 años como prevén la evolución futura de su comportamiento con respecto al tabaco. Otras variables de este tipo se refieren a la opinión que tienen de los fumadores y de la imagen que se hacen de los no fumadores. Las categorías de variables comentadas para los adultos pueden, tras una adaptación, utilizarse para los jóvenes y adolescentes. En la versión detallada del cuestionario dirigido a la juventud presentamos algunos ejemplos (ver anexo).

Cuestionario básico dirigido a jóvenes y adolescentes ¹

- P1 ¿Has fumado, aunque sólo sea una vez?
- P2 ¿Has fumado, una vez por semana al menos, durante 3 meses o más?
- P3 Fumas actualmente
- Todos los días.
 - Todas las semanas.
 - Menos de una vez por semana.
 - Nunca (pasa a P5, P6).
- P4 Cuál es tu consumo habitual (o semanal, según la respuesta P3) de:
- Cigarrillos elaborados.
 - Cigarrillos liados a mano.
 - Pipas.
 - Puros/puritos.
 - Bidis/goza/narguiles.
 - Rapé y tabaco mascado.
- P5 ¿Cuánto tiempo hace que has dejado de fumar?
- 6 meses de 6 meses a un año 1 a 2 años más de dos años
- P6 ¿Piensas que fumarás todos los días durante algunos años?
- Seguro.
 - Probablemente.
 - Probablemente no.
 - Seguro que no.

Atributos de la encuesta

- Sexo.
- Edad en el último cumpleaños.
- Lugar de residencia.
- Nivel de escolaridad.
- Actividad profesional (si procede).
- Situación matrimonial.

¹ Ver la versión detallada del cuestionario en anexo.

2.5.3. Cuestionario dirigido a los profesionales de la sanidad

Respecto a los profesionales de la sanidad, especialmente los médicos, que desempeñan un papel particular en los programas de control del tabaquismo, la información recogida debería cubrir los puntos siguientes.

2.5.3.1. Hábitos tabaquistas de los profesionales de la sanidad

Las preguntas son las mismas que las presentadas a la población adulta. Las respuestas a estas cuestiones son tan importantes que podrán servir para demostrar al público que numerosos profesionales de sanidad, en particular los médicos, han dejado de fumar a causa de los riesgos que entraña el uso del tabaco. La formulación de las preguntas se propone a título de ejemplo en la versión detallada del cuestionario dirigido a los profesionales de sanidad (ver anexo).

2.5.3.2. Actitudes y opiniones de los profesionales de la sanidad

Convendría insistir particularmente sobre:

- el papel del médico como educador sanitario: información al paciente sobre los efectos del tabaco en la salud, motivación al paciente para que deje de fumar, asistencia al paciente que lo deja, etc.;
- su papel de dirigente de opinión, especialmente en cuanto a la creación de un entorno no fumador en los hospitales, centros de salud, dispensarios, etc.;
- la medida en que creen poder influir en los políticos y responsables nacionales y locales, e incitarlos a tomar medidas contra el uso del tabaco.

2.5.4. Cuestionario dirigido a docentes

En cuanto a los docentes, las cuestiones relativas a sus hábitos tabaquistas son de la misma índole y se basan en las mismas definiciones que las utilizadas para la población adulta y para el cuerpo médico.

En cuanto a sus actitudes y opiniones, se insistirá más particularmente en el papel motor que pueden desempeñar en las escuelas y universidades respecto a la prohibición de fumar, y el papel de ejemplo que tienen de cara a sus alumnos.

2.5.5. Cuestionario dirigido a las mujeres embarazadas

Para las mujeres embarazadas, la encuesta seguirá el mismo desarrollo que la que se dirige al conjunto de mujeres de la población adulta. Las preguntas sobre el tabaco se deberían incluir en los estudios epidemiológicos efectuados para seguir la evolución del embarazo y evaluar el impacto de las medidas tomadas en el campo de la perinatalidad.

Se dedicará mayor atención a medir la proporción de mujeres que han dejado de fumar. En este caso, el período de embarazo a considerar se podrá dividir como sigue: menos de 1 mes, de 1 a 3 meses, de 3 a 6 meses, de 6 a 9 meses. Naturalmente, entre las razones que hayan conducido a dejar de fumar, conviene prever un campo para el embarazo.

Para este grupo, las preguntas relativas al tabaquismo futuro son especialmente importantes. De algunos estudios se desprende que una de cada cuatro mujeres deja de fumar o reduce el consumo durante el embarazo, pero que la vuelta al tabaquismo tras el alumbramiento es frecuente.

2.6. Tratamiento y presentación de los datos de las encuestas cuantitativas

El tratamiento y presentación de los datos son las dos tareas de la fase de análisis de resultados. Los siguientes puntos resultarán de utilidad a quienes realicen una encuesta sobre tabaquismo.

Es imprescindible que una o más personas, con experiencia en el tratamiento y presentación de datos (estadísticos, epidemiólogos o especialistas en ciencias sociales) tomen parte tanto en la elaboración de la encuesta como en el análisis de los resultados. Esto es fundamental, ya que si las encuestas contienen lagunas, principalmente en materia de muestreo o de organización del control de los encuestados, no se podrá remediar en la fase de análisis.

En la práctica, se observa que a veces el análisis de los datos lleva más tiempo del previsto, porque buena parte de la información da pie a diversas investigaciones interesantes. Por tanto, es importante prever tiempo y recursos suficientes para esta fase de análisis.

La primera tarea que se impone en esta fase es el control de calidad de los datos recogidos. Aunque haya programas informáticos adecuados, conviene prever una fase de verificación manual.

La fase siguiente consiste en evaluar el predominio e intensidad del tabaquismo en función del sexo y la edad. El predominio es el porcentaje de individuos que fuman, y la intensidad del consumo de tabaco proporciona una estimación de la cantidad de tabaco fumada. A la hora de sistematizar los datos, es necesario presentar por separado los resultados relativos a hombres y mujeres. Los grupos de edad recomendados son los adoptados por la OMS (ver capítulo de indicadores recomendados).

En lo que atañe a los hábitos tabaquistas de los jóvenes, se recomienda utilizar grupos de edad más estrechos, limitados a un período de un año (o de dos como máximo) para edades en que los comportamientos evolucionan rápidamente.

El consumo de tabaco puede presentarse de diversas formas a condición de que se haga constar el número medio de cigarrillos al día y la distribución de fumadores por niveles de consumo. Aquí también conviene diferenciar entre hombres y mujeres. Se debería agrupar los fumadores según fumen de 1 a 7, 8 a 12, 13 a 17, 18 a 22, 23 a 27, o más de 28 cigarrillos al día. Se escogieron estas categorías porque las cifras aportadas por los fumadores interrogados sobre su consumo generalmente se sitúan en múltiplos de 5 ó 10. Por razones de presentación y comparabilidad internacional, el indicador determinado para la evaluación de la Salud para todos distingue a los fumadores de menos de 20 cigarrillos y a los de 20 cigarrillos o más. No hay que olvidar que también puede ser importante estudiar el predominio de aquellos que fuman muy poco, a saber, 1 a 2 cigarrillos al día, ya que puede ser un comportamiento tabaquista corriente entre las mujeres y los jóvenes (estos últimos, con las reservas hechas anteriormente) de cierto número de países.

Los cuadros deberían indicar los porcentajes correspondientes a cada clase, así como a las cifras absolutas realizadas para calcular los porcentajes.

Es importante calibrar la validez de todos los resultados relativos a las estimaciones del predominio y consumo de tabaco. Uno de los métodos disponibles a este fin consiste en calcular intervalos de confianza al 95 % si el método de muestreo utilizado lo permite sin demasiadas dificultades.

De todas formas, hay que saber que los intervalos de confianza permiten estimar lo que se denomina error de muestreo. Sin embargo, este error puede resultar relativamente insignificante en las encuestas sobre 1.000 ó 2.000 personas, mientras que puede resultar un error más importante de la distorsión imputable a las respuestas de «no sabe/no contesta» o a las respuestas nulas. Cuando el índice de «no sabe/no contesta» no es muy elevado, se puede fijar límites superiores e inferiores añadiendo los «no sabe/no contesta» y las repuestas nulas a cada categoría.

Por ejemplo, si sobre una muestra de 1.000 individuos se censa 600 fumadores, 300 no fumadores y 100 respuestas nulas o «no sabe/no contesta», los límites supe-

riores e inferiores de la proporción de fumadores en la muestra se determinan de la siguiente forma: $600 : 1.000 = 0,6$ o $(600 \div 100) : 1.000 = 0,7$.

En general, no hay que olvidar que hay numerosas fuentes de error fuera del muestreo. Obedecen a la formación de los encuestadores, a la forma de registrar las respuestas y naturalmente a la formulación de las preguntas. De ahí el interés de completar o preparar las encuestas cuantitativas basándose en los resultados de estudios cualitativos.

Estudios cualitativos sobre tabaquismo

3.1. Su interés

Los estudios cualitativos, psicosociológicos o de motivación pretenden analizar en profundidad las razones que conducen a los individuos y grupos a adoptar consciente o inconscientemente tal o cual tipo de opinión, de actitud o de comportamiento.

Los estudios de tipo cualitativo se basan en la técnica de entrevista no directiva, completados a veces con entrevistas semidirectivas o de grupo. En el transcurso de estas entrevistas, realizadas por psicólogos formados especialmente para este trabajo, se invita al entrevistado a contestar de forma libre y amplia sobre el objeto de las cuestiones propuestas.

El análisis de una cincuentena de entrevistas basta para determinar la mayor parte de las actitudes, frenos y motivaciones encontradas en la población sobre el tema considerado.

Contrariamente a los sondeos de opinión, el objetivo no es establecer porcentajes, sino elaborar una tipología de los diversos comportamientos y actitudes encontrados en la población estudiada y explicar sus principales mecanismos.

Estos estudios confirman que con frecuencia la población tiene un nivel relativamente bueno de conocimiento de los factores favorables o desfavorables para la salud. Por supuesto, no se trata de conocimientos profundos y perfectamente asimilados, pero existen las bases.

En respuesta a una pregunta del tipo «por qué el hecho de conocer los riesgos del uso del tabaco no lleva al individuo a adoptar un comportamiento más sano», los estudios cualitativos pueden aportar muchos datos. Estos demuestran que, además de un campo de conocimiento racional, existe un campo no racional que a menudo es muy amplio. Este sector no racional es fruto, por una parte, de la historia personal de los individuos a través de experiencias acaecidas la mayor parte de las veces en la infancia y, por otra parte, de los valores sociales, culturales y estéticos de la sociedad en que éstos se desarrollan. Comprende elementos que no se basan en la razón o el razonamiento, y este sentido parece irracional. Por supuesto, no

todos estos componentes no racionales son negativos, pero, cuando lo son, resulta lento y difícil conseguir que evolucionen.

Pero si resulta difícil observar los comportamientos humanos —el registro de hechos en apariencia simples conlleva riesgos de error—, aún es más delicado buscar los motivos de dichos comportamientos. Sin embargo, es imprescindible intentar comprenderlos cuando se trata de buscar los argumentos más eficaces para hacer evolucionar las actitudes de las poblaciones estudiadas.

De hecho, uno de los principales motivos de la relativa ineficacia de las acciones de educación para la salud reside en el desconocimiento de los mecanismos psicológicos y sociales que originan los comportamientos que se pretende modificar.

3.2. Técnicas utilizadas

Hablaremos aquí de la entrevista no directiva o en profundidad, de las discusiones en grupo y de las técnicas restantes.

3.2.1. Entrevista no directiva o en profundidad

La entrevista en profundidad que la persona entrevistada se exprese libremente sobre un tema determinado sin forzarla a seguir un cuestionario rígido, y con un mínimo de intervenciones por parte del encuestador. No obstante, a este último le incumbe dirigir la conversación para asegurar que se traten ciertos puntos clave, pero sin preocuparse por limitar sus digresiones. A tal efecto, no se facilita ningún cuestionario al encuestador, sino una guía práctica, que de hecho se limita a una lista de puntos que hay que tratar.

Este tipo de entrevista, cuya duración puede variar entre media hora y dos horas, no se puede confiar a un entrevistador corriente. El examen de las respuestas, anotadas íntegramente con los términos empleados por la persona interrogada, también se debe confiar a especialistas.

Evidentemente, la entrevista en profundidad tiene un coste unitario muy elevado, lo que impide interrogar a una muestra importante. Aunque naturalmente estas muestras no permiten estimar valores absolutos y menos aún porcentajes, sin embargo un número de entrevistas limitado a 30-50 personas es más que suficiente para captar los principales mecanismos psicológicos que intervienen y los diversos tipos de actitudes u opiniones que generan. Por consiguiente, este método es útil, sobre

todo para despejar hipótesis en la fase preparatoria de una encuesta cuantitativa. Posteriormente, hay que comprobar estas hipótesis con otros métodos sobre una muestra representativa.

3.2.2. Las discusiones en grupo

Se reúne a un número reducido de personas, de 6 a 10 en general, y se les propone un tema determinado, igual que en una entrevista en profundidad. Un animador (normalmente un psicólogo) dirige la conversación de forma que se aborden todos los puntos que le parecen importantes. El animador toma notas mientras se graba el debate en cinta magnética.

El grupo se constituye con personas pertenecientes a un medio suficientemente homogéneo para evitar bloqueos, pero que no se conocen entre sí. La discusión de grupo permite realizar conjuntamente varias entrevistas en profundidad ahorrándose así tiempo y dinero.

Junto a estos dos métodos, existen otras muchas técnicas que conjugan el estudio cuantitativo y el estudio cualitativo. Todas estas técnicas son indirectas, en el sentido en que en un principio la persona interrogada debe ignorar el propósito de la encuesta, y revelará de forma inconsciente algunos aspectos de su personalidad, o bien actitudes hacia un objeto o un comportamiento determinado.

3.2.3. Técnicas restantes

Entre estas técnicas de observación indirecta, citaremos brevemente:

- las frases incompletas: se lee a la persona interrogada el principio de varias frases y se le pide que las complete («le daba vergüenza fumar porque...», «lo que más me gusta del cigarrillo es...», «las personas que no fuman...», etc.). Esta técnica se considera la más sencilla, la más reveladora y la más segura de las diversas técnicas proyectivas;
- la asociación de palabras: el estímulo ya no es el comienzo de una frase, sino una palabra; se pide a la persona interrogada que le asocie otra palabra, o bien elegida libremente, o bien contenida en una lista. Claro está, esta prueba debe realizarse rápidamente. Al sujeto le cuesta mucho ver cuál es el objetivo perseguido y por tanto puede descubrir sus pensamientos con bastante profundidad. Sin embargo, la interpretación de los resultados es bastante ardua;

- las pruebas de actitud: consisten en una serie de afirmaciones relativas a un objeto determinado. Se pregunta a la persona entrevistada si está o no de acuerdo sobre cada afirmación, si la afirmación le parece verdadera o falsa. Este método se utiliza a menudo en el marco de una encuesta clásica por sondeo;
- la prueba de las imágenes mentales: se pone a la persona interrogada en presencia de una situación imaginaria sobre la cual se le pide que precise algunos detalles.

Cada una de estas técnicas comporta riesgos de error. Por ello se deben confiar a especialistas. Se justifican aún más cuando se ponen en práctica en las diversas fases de un estudio de situación; varias de estas técnicas son parcialmente coincidentes.

3.3. Plan de estudio

Con ocasión de la puesta en marcha de un plan de control del tabaquismo, se pueden distinguir varios niveles de estudio:

- La fase prepiloto, que incluye un número reducido de entrevistas en profundidad o algunas discusiones en grupo, estructuradas de forma que exploren el problema lo más ampliamente posible.
- La segunda fase incluye entre 30 y 60 entrevistas en profundidad por cada una de las poblaciones estudiadas o susceptibles de ser el blanco de uno de los objetivos del plan de acción. Se llevarán a cabo con ayuda de una guía práctica. Se puede incluir en las mismas algunas pruebas proyectivas. En esta fase, naturalmente, estas muestras reducidas no tienen porqué ser representativas; en cambio, deben incluir a personas pertenecientes a diversos grupos de la población: fumadores, no fumadores, ex fumadores, jóvenes, adultos, hombres, mujeres.

A partir de estos estudios, se pueden definir baterías de actitudes.

- La tercera fase recurrirá a estudios cuantitativos tradicionales. Esta fase de confirmación es la única que permite obtener resultados utilizables para programar, seguir y evaluar la acción de control. Dependiendo de las intersecciones de población deseadas, las muestras podrán comprender entre 1.000 y 2.000 entrevistas.

3.4. Estudio de caso

Cuando en 1978 se inició el programa de prevención del tabaquismo entre los jóvenes adolescentes franceses, el Comité francés de educación para la salud utilizó el conjunto de estas técnicas para concebir, planificar, seguir y evaluar el impacto de su acción. Abordaremos el método, los principales resultados y los principios de acción seleccionados.

3.4.1. Método

El objetivo de los estudios cualitativos era descubrir y comprender:

- Las motivaciones positivas y negativas relacionadas con el uso del tabaco entre los jóvenes: ¿Porqué hay fumadores y no fumadores? ¿Qué encuentra el fumador en el cigarrillo? ¿Qué satisfacciones conscientes o inconscientes le aporta? ¿En qué se diferencian los fumadores de los no fumadores?
- Los motivos específicos de la adopción del cigarrillo por los jóvenes: ¿Hay razones más concretas que empujen a fumar a la juventud? ¿Qué determina la adopción del hábito en unos y su no adopción en otros? ¿Cómo perciben los jóvenes al fumador principiante? ¿Qué motivos propios le atribuyen?
- Los procesos que llevan a la adopción del cigarrillo: ¿En qué circunstancias? ¿Cómo se fuman los primeros cigarrillos? ¿Cómo se instala gradualmente el hábito?
- Los diversos tipos de fumadores y no fumadores entre los jóvenes: ¿Existen rasgos específicos que diferencien a los fumadores de los no fumadores, y en el seno de estos grupos, que diferencien grupos distintos?

Los materiales se recabaron mediante 44 entrevistas libres a niños de 8 a 16 años, dirigidas por encuestadores especializados y en esta técnica. Estas entrevistas se grabaron en un magnetófono y se transcribieron.

Para facilitar el contacto con los niños de 8 a 10 años, el entrevistador disponía de una serie de láminas, dibujadas especialmente para ese estudio y que representaban las situaciones siguientes:

- dos adolescentes fumando juntos;
- una madre haciendo punto mientras vigila a dos niños de 6 y 8 años;
- un hombre ofreciendo tabaco a otra persona de edad y sexo indeterminados;

- dos hombres y dos mujeres sentados a la mesa; todos fuman salvo una mujer;
- un hombre lee el periódico junto a dos niños que juegan;
- una mano sosteniendo un cigarrillo encendido;

Este estudio cualitativo se completó con un sondeo representativo realizado sobre 1.000 niños de edades comprendidas entre 12 y 17 años y sobre 1.000 niñas de edades comprendidas entre 12 y 17 años ambos inclusive. Por cada grupo de edad y por cada sexo, el efectivo estudiado era de unas 150 personas. Se eligió una muestra de dimensión relativamente importante, con el fin de poder seguir las evoluciones significativas edad por edad, o mejor sobre dos grupos de edad: 12-13, 14-15, 16-17 años.

3.4.2. Principales resultados

Dado que naturalmente los resultados cuantitativos dependen del contexto nacional y del momento de la observación, no los reproduciremos. En cambio, algunos de los resultados cualitativos son ejemplares. En efecto, demuestran que la simple información sobre los peligros vinculados al tabaco, que podría difundirse durante el ciclo escolar, no es suficiente para conseguir la adhesión de los adolescentes a un comportamiento no fumador.

De hecho, cada fumador y cada no fumador tiene su propia historia de cara al tabaco. Pero se puede describir un esquema general con el que, con algunos matices, puede identificarse todo el mundo.

3.4.2.1. *Antes de los 10-11 años: la repulsión*

Los niños pequeños, hasta la edad de 10-11 años, son muy hostiles al tabaco. Esta reacción virulenta se manifiesta de diversas formas y en muchos terrenos.

«Es asqueroso», «huele mal», «hace toser», «lo ensucia todo», «ennegrece las paredes», «llena la casa de humo».

A esta edad, los niños tienen una conciencia muy intensa y a veces incluso dramatizada de los peligros del tabaco para la salud.

«Hace agujeros en los pulmones», «se deposita en todo el cuerpo», «te lleva de-rechito al hospital».

Estos peligros son motivo de angustia para los niños. Temen por la vida de sus padres o de las personas cercanas a ellos que fuman. También se inquietan muy a menudo por su propia salud.

«Cuando fuma, a mí también me llega.»

Para ellos, el tabaco es una trampa aún más absurda porque sólo se encuentran inconvenientes. Afirman categóricamente que no fumarán nunca. Militantes anti-tabaco, intentan convencer a sus padres y a sus hermanos mayores de que no fumen y a veces... lo consiguen.

3.4.2.2. 11-13 años: juegos prohibidos

Incluso para los que no se convertirán en fumadores, es la edad del primer cigarrillo. El niño ve a los adultos fumar con placer e incluso con delectación. Empez a pensar que el cigarrillo tiene algún misterio. Sólo se puede apreciar, piensa, cuando se ha alcanzado cierta madurez y cierta edad. Tiene muchas ganas de demostrarse que ha madurado, que es mayor. El cigarrillo es el medio más fácilmente accesible y no demasiado peligroso de convencerse de ello.

«¡Fumar! Es para hacer como los mayores.»

El atractivo de lo prohibido refuerza el deseo. Se da el paso: pero a veces de forma muy diferente para los chicos que para las chicas. Para el chico, en general la iniciación se lleva a cabo a escondidas y con un amigo de la misma edad. Se animan mutuamente para pasar al acto. Es raro que el proceso sea exactamente el mismo en la chica; lo más frecuente es que la iniciación sea menos clandestina y se lleve a cabo con otras chicas algo mayores. La motivación es más bien la búsqueda de la feminidad que la del valor.

«La primera vez, fue con mis primas que tenían 15 años.»

3.4.2.3. 13-15 años: fumar, es aparentar

Es la edad del verdadero «paso al tabaquismo», y del corte entre fumadores y no fumadores. En un pasado no muy lejano, para los hombres esta ruptura se producía durante el servicio militar. Actualmente, el tabaquismo se instala desde la adolescencia, casi igual entre los chicos que entre las chicas.

Es el período del grupo de amiguetes, de la pandilla. El cigarrillo crea una ilusión de seguridad y la confianza en sí mismo. ¡Se necesita tanto para fingir seguridad ante los demás!

«Cuando se fuma con los amigos, ¡toser es una humillación!»

En estos grupos, los mayores empujan a los pequeños a fumar cada vez más. Los más pequeños temen pasar por «gallinas» o por «rajados» si no fuman. El cigarrillo ayuda a vencer la timidez. En realidad, y hay que decírselo, muchas veces

los no fumadores se imponen a los demás, ya que han sabido resistirse a la presión del grupo. Los fuertes, ¡son ellos!

Las chicas, en cambio, suelen empezar un poco más tarde que los chicos, hacia los 14-15 años, en grupos mixtos en los que los chicos son mayores que ellas. Atribuyen al gesto de fumar un valor estético y de seducción.

«Al fumar, todo está en el gesto.»

Durante este período, para los que fumen el cigarrillo es una prueba desagradable pero necesaria. Todavía no se fuma por placer, sino por «aparentar».

3.4.2.4. Después de los 15 años: fumar se convierte en un fin

El interés por el grupo y la pandilla disminuye. El adolescente ya no necesita tanto demostrarse que es un hombre o una mujer. Es entonces cuando el placer de fumar se convierte en la motivación principal del fumador: la necesidad de tener algo que aspirar en la boca o que manipular entre los dedos, la necesidad de rodearse de una pantalla protectora que aísla del mundo, etc.

«A nuestra edad se fuma porque se tiene ganas de fumar.»

Entonces, para el fumador el hábito se convierte en una necesidad. El consumo de tabaco tiende a estabilizarse. A los 18 años, más de la mitad de los chicos y chicas fuman, aunque sólo sea ocasionalmente. Pero, a veces, son conscientes de que el juego de «aparentar» les ha llevado a intoxicarse. Lúcidos sobre el absurdo del proceso del que son víctimas, algunos deciden salir del engranaje. Eso no se consigue sin trabajo, ni sin un esfuerzo de reflexión y de replanteamiento.

3.4.3. Principios de acción

A partir de los resultados de este estudio, se ha podido determinar principios de prevención centrados a la vez en el tabaco y su imagen y en la propia formación de los comportamientos.

3.4.3.1. Las intervenciones sobre el tabaco y su imagen

Ninguna acción de cara a los adolescentes puede tener una eficacia duradera si no se intenta alcanzar las fuentes que constituyen el origen del aprendizaje. En materia de tabaquismo, se trata en primer lugar de desmitificar la imagen del fumador adulto. Desde esta perspectiva, los medios de comunicación tienen que desempeñar un papel preponderante.

Naturalmente, las prohibiciones serían insuficientes si al mismo tiempo no se desarrollara en los medios de comunicación (que transmiten durante todo el día emisiones, películas, espectáculos que valoran el gesto cotidiano del fumador) una información que presente una nueva imagen del cigarrillo y del fumador.

La modificación de la imagen, un trabajo a largo plazo, sería sin embargo ineficaz si no contara con el respaldo de una acción directa dirigida a los comportamientos.

3.4.3.2. *Las acciones directas sobre el comportamiento*

La acción de cara a los adolescentes se debe emprender durante las diversas fases de su socialización. Debe apoyarse en la sensibilidad de los jóvenes: a los 10-11 años respecto a los hechos científicos, objetivos, verificables, y después, hacia los 13-15 años, respecto al análisis psicológico, gracias a la perspectiva que se adquiere a esa edad.

La acción educativa debe basarse en la reflexión de los propios adolescentes, en el diálogo con un profesor que los trate como a iguales. Durante sesiones de reflexión o mesas redondas, se podrá replantear la posición del fumador en tanto que modelo de hombre o de mujer desarrollado, se podrá denunciar la idea de promoción a la libertad por el cigarrillo, y se podrá insistir en su carácter alienante, en la esclavitud que crea el hábito.

La educación sanitaria debe ser a ojos de los jóvenes la búsqueda de un equilibrio armonioso, y no una serie de prohibiciones o de consejos más o menos moralizantes. Debe apoyarse en los valores privilegiados en el seno de su generación. Debe parecerles que los objetivos que persigue abocan a una mejor calidad de vida, que les permiten reforzar los lazos con sus iguales, y no una traba a la comunicación. Se trata tanto de aprender a vivir mejor como de no aprender a fumar.

Si el cigarrillo ha podido simbolizar la autonomía, la libertad del adulto, si ha podido convertirse en un medio extraordinario de intercambio, de socialización, implica la necesidad de fomentar comportamientos positivos que tengan las mismas funciones. Constituye todo un campo de investigación por explorar y cara al cual los estudios cualitativos revisten el mayor interés.



Conclusión

La evaluación de las políticas públicas presenta muchas diferencias respecto a las de las empresas privadas. Diferencias a nivel de los procedimientos, ya sean procedimientos presupuestarios o procedimientos de gestión, pero también y sobre todo diferencias a nivel de los objetivos no mensurables, con respecto a los que persigue el sector comercial. Así, los efectos cuantitativos de los programas de lucha contra el tabaquismo sobre los indicadores de salud sólo pueden manifestarse a largo plazo.

Por ello la finalidad del proceso educativo en el sector de las políticas públicas debe ser, ante todo, lograr medir lo más objetivamente posible la eficacia de la acción pública. Se trata de asegurar, mediante un planteamiento del tipo coste-resultado, el seguimiento de los objetivos de las acciones y de los objetivos operativos, medidos mediante indicadores cuya determinación es poco costosa o trabajosa. Los que se proponen en este documento con sus técnicas de elaboración responden a esta preocupación.

Elaborados desde el inicio de los programas nacionales, permitirán a sus promotores seguir y modificar las diversas fases de sus actuaciones.

En el caso de actuaciones locales o a nivel de la colectividad, estas técnicas pueden resultar demasiado caras para implantarlas sistemáticamente. Sin embargo, no por ello hay que renunciar a cualquier medida de evaluación. En efecto, se puede seguir la calidad del desarrollo y de la implantación de una acción local, y apreciar su impacto en el público al que se dirige, con un coste menor. Este paso es imprescindible para progresar en la elección de métodos de acción educativa descentralizados necesarios para el éxito de cualquier programa nacional de lucha contra el tabaquismo.



Anexos ¹

Versión detallada del cuestionario dirigido a los adultos.

Versión detallada del cuestionario dirigido a los jóvenes.

Versión detallada del cuestionario dirigido al cuerpo médico.

¹ Los cuestionarios propuestos en los anexos responden a las directrices para la realización de cuentas sobre el tabaquismo formuladas a raíz de una reunión celebrada por la OMS en Helsinki, del 29 de noviembre al 4 de diciembre de 1982 (WHO/SMU/83.4).

Versión detallada del cuestionario dirigido a los adultos

Comportamientos ¹

1. Si fuma cigarrillos de fabricación industrial, indique el tipo y marca que fuma
_____ habitualmente
_____ con filtro
_____ sin filtro
_____ sin preferencia (si procede, señale esta opción)
2. ¿Toma rapé? (señale la casilla correspondiente)
_____ a diario
_____ ocasionalmente
_____ nunca
3. ¿Masca tabaco? (señale la casilla correspondiente)
_____ a diario
_____ ocasionalmente
_____ nunca
4. Si procede, indique cualquier otra forma de consumo de tabaco que tenga por costumbre:

Actitudes y opiniones

5. *Para los fumadores solamente* (los no fumadores pasan a la pregunta 8): ¿Ha pensado alguna vez en dejar el tabaco? (Señale la casilla correspondiente)
_____ sí
_____ no (PASE A LA PREGUNTA 8)
6. ¿Ha intentado realmente dejar de fumar? (Señale la Casilla correspondiente)
_____ sí
_____ no (PASE A LA PREGUNTA 8)

¹ Estas preguntas se pueden formular además de las del cuestionario básico.

7. La última vez que lo intentó, ¿cuanto tiempo estuvo sin fumar? (una sola respuesta)
- días
(número)
- semanas
(número)
- meses
(número)
- años
(número)
8. En su opinión, ¿cuál será su comportamiento dentro de cinco años en lo referente al uso de tabaco? (señale la casilla correspondiente)
- _____ seguro que fumará todos los días
- _____ probablemente fumará todos los días
- _____ probablemente no fumará todos los días
- _____ seguro que no fumará todos los días
9. ¿Cree que el tabaco es nocivo para la salud? (señale la casilla correspondiente)
- _____ Seguro que sí
- _____ probablemente
- _____ sin opinión
- _____ probablemente no
- _____ seguro que no
10. *Para los fumadores solamente* (los no fumadores pasan a la pregunta 11): ¿Está preocupado(a) por los efectos nocivos que pueda tener el tabaco que fuma sobre *su propia* salud? (señale la casilla correspondiente)
- _____ muy preocupado(a)
- _____ bastante preocupado(a)
- _____ poco preocupado(a)
- _____ nada preocupado(a)
11. ¿Está preocupado por los efectos nocivos que puede tener el tabaco sobre la salud de los no fumadores que se encuentran en presencia de fumadores? (señale la casilla correspondiente)
- _____ muy preocupado(a)
- _____ bastante preocupado(a)
- _____ poco preocupado(a)
- _____ nada preocupado(a)

12. Indique si está o no de acuerdo con lo siguiente (señale una casilla por cada afirmación)

Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	No del todo de acuerdo	En absoluto de acuerdo
--------------------------	------------------------	---------------------------	---------------------------

Afirmaciones:

En los paquetes de cigarrillos debería figurar un aviso sobre los peligros del tabaco.

La publicidad del tabaco debería estar totalmente prohibida.

El uso del tabaco debería estar limitado en los lugares públicos cerrados.

El precio de los productos del tabaco debería aumentar mucho.

La venta de tabaco debería estar totalmente prohibida.

Los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud deberían abstenerse de fumar para dar buen ejemplo.

Los docentes deberían abstenerse de fumar para dar buen ejemplo.

Los padres deberían abstenerse de fumar para dar buen ejemplo a sus hijos.

Todas las personas tienen derecho a poder respirar un aire no contaminado por humo de tabaco.

Algunos cigarrillos son más peligrosos que otros.

13. En su opinión, ¿qué importancia revisten las razones para *no fumar* enumeradas a continuación? (Por cada razón, señale la casilla muy importante o poco importante)

Muy impor- tante	Poco impor- tante
------------------------	-------------------------

Razones:

Favorecer la salud y el bienestar

Prevenir la enfermedad

Dar buen ejemplo

Ahorrar

Demstrar la propia independencia y autodomnio

Respetar los derechos de los no fumadores

Evitar los riesgos de incendio

Fomentar un entorno sano en casa y en el lugar de trabajo

Principios de tipo religioso.

Versión detallada del cuestionario dirigido a los jóvenes

Comportamientos ¹

- Si fumas cigarrillos indutriales, indica el tipo y marca que fumas habitualmente
 _____ con filtro
 _____ sin filtro
 _____ sin preferencia (si procede, señala esta opción)
- ¿Tomas rapé? (señala la casilla correspondiente)
 _____ a diario
 _____ ocasionalmente
 _____ nunca

¹ Estas preguntas se pueden formular además de las del cuestionario básico.

3. ¿Mascar tabaco? (señala la casilla correspondiente)
a diario

_____ ocasionalmente

_____ nunca

4. ¿Las personas siguientes fuman? (señala la casilla correspondiente)

Fuma No fuma No sabes No tienes

Padre

Madre

Hermano mayor

Hermana mayor

Mejor amigo(a)

Actitudes y opiniones

5. ¿Qué pensarían las personas siguientes si te vieran fumar? (señala una casilla por cada persona)

No le
gustaría

No vería
inconveniente

No sabes

No tienes

Padre

Madre

Hermano mayor

Hermana mayor

Mejor amigo(a)

6. Para cada una de las afirmaciones siguientes, señala la respuesta que corresponde mejor con lo que piensas (señala una casilla por afirmación)

Cierto Falso Sin
opinión

El tabaco sólo es malo para la salud si se fuma mucho
todos los días

Generalmente los fumadores mueren más jóvenes que
los no fumadores

Una atmósfera con humo es nociva para los bebés y
los niños pequeños

Casi la totalidad de las personas que tienen cáncer de
pulmón son fumadores

	Cierto	Falso	Sin opinión
Una mujer embarazada que fuma pone en peligro a su hijo			
Los fumadores pueden molestar a los que no fuman			
Hay cigarrillos que no son peligrosos			
La nicotina que se absorbe al fumar contrae los vasos sanguíneos			
El tabaco sólo es malo para la salud si se fuma durante muchos años			
Se puede toser más cuando se fuma que cuando no se fuma			

7. ¿Qué piensas de las afirmaciones siguientes? (Señala una casilla por afirmación)

	Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	No del todo de acuerdo	En absoluto de acuerdo
Fumar procura placer.				
Tienes que fumar si estás en presencia de amigos que fuman.				
El tabaco no es tan nocivo como dicen.				
Mis padres deberían dejarme fumar.				
Los docentes no deberían tener derecho a fumar en su lugar de trabajo.				
La publicidad del tabaco debería estar prohibida.				
Habría que aumentar el precio de los pitillos para que los jóvenes dejen de fumar.				
Tendría que estar prohibido fumar en los lugares públicos.				
Cuando se fuma se parece un adulto.				

Versión detallada del cuestionario dirigido a los profesionales de la sanidad

La primera página de esta encuesta deberá ser rellenada por el encuestador. No cabe duda de que en ciertos países el mejor método será el de las entrevistas, aunque resultan más costosas en tiempo y dinero que la interrogación por correspondencia. Si se hace la encuesta por correspondencia, la primera página del cuestionario deberá modificarse o suprimirse.

Nombre del encuestador: Fecha: Día Mes Año Lugar

NUMERO DE HABITANTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE SANIDAD

- Menos de 10.000
- Entre 10.000 y 50.000
- Entre 50.000 y 100.000
- Entre 100.000 y 300.000
- Entre 300.000 y 1.000.000

LA POBLACION DE LA ENCUESTA ES PRINCIPALMENTE

- Rural
- Urbana
- Suburbana

Características del servicio de sanidad

EL SERVICIO ES PRINCIPALMENTE

- Público
- Privado

INDOLE DEL SERVICIO

- Servicio extra-hospitalario
- Hospital

NUMERO DE PROFESIONALES DE LA SANIDAD DEL CENTRO

- Medicina general
- Administradores sanitarios
- Visitadores sanitarios
- Trabajadores de laboratorio
- Enfermeros
- Psicólogos
- Asistentes sociales

Médicos especialistas

Otros

(Parte a cumplimentar por el entrevistador)

Categoría profesional del entrevistado

¿A cuál de las categorías citadas pertenece usted?

DATOS DEMOGRAFICOS

1. Sexo masculino. Sexo femenino
2. Edad
3. Es usted
Soltero(a)
Casado(a) o vive en pareja
Separado(a) o divorciado(a)
Viudo(a)

COMPORTAMIENTO EN MATERIA DE TABAQUISMO

4. ¿Ha fumado alguna vez? si no (si la respuesta es no, pasar a la pregunta 12).
5. ¿Ha fumado a diario durante 6 meses o más?
sí
no
6. Actualmente, fuma
A diario
A veces
Nunca
7. Si no fuma actualmente, ¿cuánto hace que lo ha dejado?
Menos de 6 meses
Menos de 1 año
Menos de 2 años
Más de 2 años
8. ¿Qué cantidades fuma al día (consumo nulo, contestar 0)?
Cigarrillos elaborados
Cigarrillos liados a mano
Pipas
Puros
Rapé
Tabaco de mascar

9. ¿Alguna vez ha intentado seriamente dejar de fumar?
 sí
 no
10. ¿Piensa que dentro de 5 años, fumará o consumirá tabaco a diario?
 Seguro que sí
 Probablemente
 Probablemente no
 Seguro que no
11. ¿Alguna vez fuma usted en presencia de un paciente? si no
12. ¿Qué grado de importancia atribuye a las siguientes razones para no fumar personalmente?
- | | Importante | Poco importante |
|--------------------------------------|------------|-----------------|
| Proteger su salud | | |
| Evitar síntomas desagradables | | |
| Presión de los colegas profesionales | | |
| Molestias para quienes le rodean | | |
| Dar buen ejemplo | | |
| Presión de los amigos o la familia | | |
13. ¿En qué proporción de casos de las situaciones siguientes aconseja usted firmemente a sus pacientes que dejen de fumar?
- | | Todos o casi | 30 %-70 % | Algunos |
|--------------------------------------|--------------|-----------|---------|
| Problemas pulmonares | | | |
| Trastornos respiratorios graves | | | |
| Problemas cardíacos | | | |
| Úlcera gastroduodenal | | | |
| Embarazo | | | |
| Utilización de contraceptivos orales | | | |
| Lesiones en la boca o los labios | | | |
| Nerviosismo, inapetencia e insomnio | | | |
| Otros problemas tratados | | | |
14. ¿Permite usted fumar en su sala de espera?
 sí
 no
 no procede

15. En los casos siguientes, ¿aconseja a sus pacientes que dejen de fumar?

A menudo A veces Rara vez Nunca

- a) Pacientes con síntomas de enfermedades vinculadas con el tabaquismo.
- b) Pacientes que mencionan de motu propio la cuestión del tabaquismo.
- c) Pacientes fumadores que no tienen síntomas de enfermedades vinculadas con el tabaquismo, y que no mencionan de motu propio la cuestión del tabaquismo.

16. ¿Está usted de acuerdo con las observaciones siguientes?

Sí No Sin opinión

- a) Mis conocimientos actuales son suficientes para permitirme aconsejar a un paciente que quiere dejar de fumar.
- b) La posibilidad de fumar en los hospitales debería restringirse o suprimirse.
- c) Los profesionales de la sanidad deberían recibir una formación especial sobre la forma de ayudar a los pacientes que quieren dejar de fumar.
- d) La prevención anti-tabaquista debería formar parte de la formación normal de los profesionales de la salud.

