

INFERMERIA



escoles universitàries
g i m b e r n a t

ADSCRITA A LA **UAB**



CEI
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA
INTERNACIONAL

Escola Universitària d'Infermeria

Gimbernat

Treball Fi de Grau

Curs acadèmic 2015-2016

Projecte de Guia de Pràctica Clínica: Prevenió del tabaquisme en pre-adolescents

Autores: Júlia Baró Ibars i Gemma Carmona Calafí

Tutores: Mercé Muñoz i Francisca Ruiz

Sant Cugat del Vallès, 20 de Maig del 2016

Índex	Pàg.
Resum	4
1. Introducció	5
1.1. Presentació del treball	6
1.2. Objectius	7
1.3. Antecedents	7
1.3.1. Història del tabac	8
1.3.2. Tabac i les seves conseqüències	9
1.3.3. Legislació	11
1.3.4. Adolescència	12
1.3.4.1. Adolescència i tabaquisme	13
1.3.5. Tabaquisme i àrees d'influència	14
1.3.5.1. Factors intrapersonals	15
1.3.5.2. Factors interpersonals	18
1.3.5.3. Hàbits de vida	21
1.3.5.3.1. Alimentació	21
1.3.5.3.2. Activitat física	23
1.3.5.4. Tecnologies de la informació i la comunicació	25
1.3.5.4.1. Xarxes socials	25
1.3.5.4.2. Publicitat indirecta	27
1.3.5.4.3. Videojocs	28
1.3.5.4.4. Lletres de cançons	29
1.3.5.4.5. Cinema	30
1.4. Justificació	30
1.5. Hipòtesi de la Investigació	32
2. Metodologia	32
2.1. Recerca bibliogràfica	32
2.2. Població	38
2.3. Àmbit assistencial	38
2.4. Procés assistencial	38
2.5. Formulació de les preguntes genèriques i específiques	39
2.6. Constitució i funcionament del grup elaborador	40
2.7. Revisió externa	42
2.8. Claus per la implementació de la Guia	43

3. Discussió	44
4. Bibliografia	48
5. Annexos	54
5.1 Annex 1. Taula de característiques del consum de tabac	54
5.2 Annex 2. Taula dels nivells d'evidència científica de SING	55
5.3 Annex 3. Taula dels graus de recomanació de SING	56
5.4 Annex 4. Prevalença de consum de tabac i edat mitja d'inici en el consum entre els estudiants d'Ensenyança Secundària de 14-18 anys (percentatges). Espanya 1994-2012	57

Resum

El tabaquisme provoca al voltant de 6 milions de morts cada any al nostre Estat, cap al 2030 aquesta xifra augmentarà fins a 7,5 milions. S'estima que causa aproximadament el 71% dels casos de càncer de pulmó, el 42% de les malalties respiratòries cròniques i al voltant del 10% de les malalties cardiovasculars (1). Pel que el tabaquisme segueix sent un greu problema de salut pública a Espanya.

L'inici del consum de tabac es produeix a l'adolescència, concretament i en l'Estat Espanyol l'edat mitja d'inici és de 13,6 anys (2). Tenint en compte l'addicció que provoca el tabaquisme, és convenient prioritzar la prevenció per evitar que els joves s'iniciïn en l'hàbit tabàquic, i així disminuir el nombre d'adults fumadors i eludir els problemes de salut derivats del seu consum.

El treball és un Projecte de Guia de Pràctica Clínica (PGPC) dirigida a la prevenció del tabaquisme en pre-adolescents d'Espanya. Un cop implementada, pretén ser un recurs pels professionals de la salut, que els permetrà millorar la prevenció de la salut de la població diana, que són els pre-adolescents de 8 a 11 anys els quals segons les estadístiques encara no s'han iniciat en el consum.

Per dur a terme la realització del PGPC s'ha realitzat una intensa recerca bibliogràfica gràcies a la qual s'ha establert el marc conceptual del PGPC i s'ha definit l'estratègia metodològica per l'elaboració de la futura Guia.

Abstract

Smoking causes about 6 million deaths each year in our state, by 2030 this figure will rise to 7.5 million. It is estimated to cause approximately 71% of cases of lung cancer, 42% of chronic respiratory diseases and about 10% of cardiovascular disease (1). As smoking remains a serious public health problem in Spain.

The onset of smoking occurs in adolescence, particularly in Spain and the average age of onset is 13.6 years (2). Considering the addiction caused by smoking, it is advisable to prioritize prevention to prevent young people from

starting smoking in, thus reducing the number of adult smokers and circumvent health problems arising from its consumption.

This work is a Project Clinical Practice Guideline (PCPG) directed to smoking prevention in pre-adolescents in Spain. Once implemented, is intended as a resource for health professionals, enabling them to improve the prevention of the health of the target population, which are pre-teens 8 to 11 years according to statistics which have not started yet consumption.

To carry out the implementation of PCPG has done intensive research literature through which established the conceptual framework of PCPG defined strategy and methodology for the preparation of the future guide.

1. INTRODUCCIÓ

Segons les dades estadístiques queda reflectit que el consum de tabac es va augmentant a mesura que avança l'edat. L'edat mitja d'inici de consum de tabac actualment a l'Estat Espanyol és de 13,6 anys. El major increment en la prevalença es produeix entre els 14 i els 15 anys, i en el cas del consum de tabac es produeix un repunt entre els 17 i els 18 anys. Les xifres de consum d'alguna vegada a la vida ens indiquen percentatges del 27,1% als 14 anys incrementant fins al 59,1% als 18 anys. Segons l'Enquesta Estatal sobre l'Ús de Drogues en Estudiants d'Ensenyament Secundari (ESTUDES) la prevalença d'estudiants entre 14 i 18 anys al 2012 va ser de: a) consum de tabac alguna vegada a la vida 43,8%; b) consum de tabac en els últims 12 mesos 35,3%; c) consum de tabac en els últims 30 dies 29,7%; i d) consum de tabac diari en els últims 30 dies 12,5%. Les dades reflecteixen que el consum de tabac diari no és molt elevat entre els joves tot i que s'ha de tenir en compte que al ser una enquesta escolar s'està exclouent tota aquella població de 16 a 18 anys que no està escolaritzada i per tant es desconeixen els seus hàbits de consum (2).

Tenint en compte les dades anteriors i la gran addicció que provoca el tabaquisme, és convenient prioritzar en la prevenció per evitar que els joves s'iniciïn en l'hàbit tabàquic, per així disminuir el nombre d'adults fumadors i eludir els problemes de salut derivats del seu consum.

1.1 PRESENTACIÓ DEL TREBALL

El treball és un Projecte de Guia de Pràctica Clínica (PGPC) dirigida a la prevenció del tabaquisme en pre-adolescents d'Espanya.

La prevenció del tabaquisme segueix sent important en la nostra societat ja que el tabac és la substància psicoactiva més generalitzada entre els joves estudiants després de l'alcohol (2).

Infermeria té molt a dir en aquest àmbit ja que la nostra és una professió molt orientada a la prevenció de patologies i al canvi d'hàbits de la població en general. A més a més, segons l'enquesta ESTUDES els professionals sanitaris són, conjuntament amb les persones que han tingut relació amb les drogues, les vies per rebre documentació que els estudiants més valoren en l'actualitat, és a dir, que es reclama una major implicació del sector sanitari en la divulgació i formació sobre drogues (2). Per tant, els professionals sanitaris són considerats una via d'informació sobre drogues molt desitjable per una major proporció d'estudiants, pel qual serà convenient dotar-los d'una eina, com és un Guia de Pràctica Clínica (GPC), específica pels joves.

El treball consta de la següent estructura: a) Introducció; b) Metodologia, on s'inclou com s'ha realitzat la cerca bibliogràfica i quina informació se n'ha extret, quina és la població diana, l'àmbit assistencial que utilitzarà el PGPC, el procés assistencial, la formulació de preguntes genèriques i específiques, la constitució i funcionament del grup elaborador, la revisió externa i claus per la implementació de la Guia; c) Discussió; i d) Bibliografia.

Després de realitzar la cerca bibliogràfica es creu convenient que el PGPC estigui dividit en quatre vessants referents a la prevenció del tabaquisme. Aquestes vessants inclouen, els factors intrapersonals, els factors interpersonals, els hàbits de vida i les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC).

1.2 OBJECTIUS

L'objectiu general d'aquest document és realitzar un PGPC en pre-adolescents per reduir les conseqüències derivades del tabaquisme a curt i llarg termini, millorant així els hàbits de vida de la població de l'Estat Espanyol.

Els objectius específics són:

- Recerca dels factors intrapersonals, interpersonals, hàbits de vida i TIC que influeixen en el tabaquisme.
- Cerca de les conseqüències derivades del tabaquisme.
- Aplicar la metodologia científica per realitzar el PGPC.
- Realitzar la recerca bibliogràfica mitjançant el gestor bibliogràfic EndNote.

1.3 ANTECEDENTS

Després d'una extensa cerca bibliogràfica s'ha trobat una GPC a nivell nacional per a la prevenció i deshabitament tabàquic, GPC Detecció i tractament del consum de tabac (3). Aquesta està centrada en la població adulta i validada per la base de dades Guiasalud on recullen les GPC validades d'àmbit nacional. A través del document es va extreure una Guia de prevenció per a adolescents, Guia per la prevenció i el control del tabaquisme de l'àmbit pediàtric, tot i que no és de pràctica clínica (4).

Actualment la GPC ha estat exclosa de la base de dades, pel que es considera que no es dona per vàlida cap GPC sobre la prevenció del tabaquisme ni per adults ni joves. Alhora, en la cerca realitzada en les bases de dades internacionals (Guideline Clearinghouse i base de dades Trip) no apareixen GPC en àmbit pediàtric. Al no existir GPC en àmbit pediàtric o adolescent, sinó que només dediquen un apartat en guies d'adults i donat que aquesta població és la que inicia el consum, es creu convenient fer èmfasis en la prevenció del tabaquisme d'aquesta franja d'edat dissenyant una GPC específica per aquest col·lectiu (2-4).

1.3.1 Història del tabac

El tabac és una planta del gènere *Nicotiana tabacum*. Les seves fulles, preparades de manera diferent, es poden fumar, aspirar, beure o mastegar. El primer tabac que va arribar a Europa el va portar Colom al 1493. No obstant això, el coneixement i l'ús esporàdic del tabac va restar confinat a la Mediterrània durant el mig segle següent, i va despertar principalment l'interès dels botànics encarregats de col·leccionar noves espècies de plantes que van portar els primers aventurers a Amèrica (5).

Els primers que van consumir tabac a Europa van ser els soldats i els mariners que sortien en expedicions militars i aventures comercials des dels ports. L'expansió del tabac a gairebé tot el món es va produir a través de dos canals principalment, la guerra i el comerç. A les acaballes del segle XVII fumar tabac s'havia estès arreu del món, encara que no d'una manera intensa; era conreat en moltes regions del món, des de l'Amèrica del Nord fins a Ceilan i l'Àsia central, i des de l'est de l'Àfrica a la Xina (6).

Els mètodes de consum de tabac han anat variant; la pipa, originàriament feta de ceràmica, era l'eina més usada a Amèrica, d'on era originària, igual que Europa i parts d'Àfrica i Àsia. Prendre tabac en pols (rapè), que s'inhalava, va ser molt popular a la cort de Lluís XIV i restà una pràctica elegant fins a principis del segle XIX tant en homes com en dones per igual. Ensumar tabac també era una pràctica comuna entre els beduïns del nord d'Àfrica i el pròxim Orient, molta gent del Sud d'Àsia i per tot l'Àfrica negra. A Europa la primera forma d'utilitzar el tabac va ser mastegant-lo, principalment pels homes vinculats a la marina (6).

A Occident, fumar cigarretes no va assolir veritablement una gran popularitat fins al començament del segle XX. A la Gran Bretanya i als Estats Units, la marxa triomfant de la cigarreta comença tot just abans de la Primera Guerra Mundial. El consum de tabac en l'Europa del segle XVIII reflectia canvis en els papers de classe i gèneres. Com que fumar tabac ofenia molta gent de les classes altes i fumar en pipa era poc elegant per a les dones, prendre rapè es va convertir en una manera per a l'elit de distingir-se de la gent comuna. Les classes altes angleses van adoptar el tabac sota Carles II i aviat l'alta societat va rebutjar la pipa, que va ser relegada a les classes més baixes. Encara que

fumar entre les dones s'havia estès a altres països europeus al mateix temps, en molts cercles no fumar va continuar sent un signe de conducta de lady fins ben entrat el segle XX (6).

1.3.2 El Tabac i les seves conseqüències

Les Malalties no transmissibles (MNT) constitueixen la principal causa de mort a nivell mundial, ja que provoquen més defuncions que totes les altres juntes. Aquestes malalties es deuen en gran mesura a quatre factors de risc comportamentals que s'han establert de forma generalitzada: a) consum de tabac; b) alimentació no saludable; c) sedentarisme; i d) ús nociu de l'alcohol. Si bé aquestes malalties han assolit proporcions d'epidèmia, podrien reduir-se de manera significativa combatent els factors de risc i aplicant la detecció precoç i els tractaments oportuns, amb el que es salvaria milions de vides i s'evitaria patiments evitables. Tot i que el tabac segueix sent la principal causa de mort prevenible, existeixen mitjans de demostrat cost-eficàcia per combatre aquesta mortífera epidèmia (1).

El tabac està format per diferents elements com són la nicotina, elements irritants, quitrans, cancerígens i monòxid de carboni. La nicotina és un alcaloide i és la responsable de la major part dels efectes del tabac sobre l'organisme i és la que provoca la dependència física del tabac. La vida mitja de la nicotina en sang és de menys de dues hores. Els elements irritants són substàncies responsables de la tos típica dels fumadors i de l'estimulació de les glàndules secretores de la mucosa, alteren el mecanisme de defensa del pulmó. Per últim, el monòxid de carboni és un element que té una gran afinitat amb l'hemoglobina, el que provoca que disminueixi la capacitat de la sang a transportar oxigen, el fum del tabac conté grans quantitat de monòxid de carboni (5).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix droga com "*una substància que, introduïda en l'organisme viu, pot modificar una o varies funcions d'aquest*". El tabaquisme va ser definit per l'OMS el 1984 com una drogodependència, i la Societat Americana de Psiquiatria el 1987 va classificar la nicotina com una substància psicoactiva, que produeix dependència sense abús (7).

El tabaquisme és una drogodependència en la que intervenen factors de comportament, psicològics, socials i farmacològics. Dóna lloc a un consum reiterat del tabac amb greus conseqüències per a la salut (5).

Efectes crònics del tabaquisme:

Els gasos irritants que es produeixen del tabac tenen un efecte nociu sobre la mucosa bronquial a l'hora que detenen el moviment cilíar de les cèl·lules epitelials de la mucosa, tot això disminueix les defenses de l'aparell respiratori i provoca a la llarga Malalties Pulmonars Obstructives Cròniques (MPOC) (5, 8).

Una de les principals substàncies que contenen les cigarretes és la nicotina, aquesta afecta l'aparell circulatori produint taquicàrdia, augment de la tensió arterial i vasoconstricció perifèrica. La nicotina també afecta al sistema nerviós estimulant la segregació de catecolamines a la glàndula suprarenal. Les catecolamines entre d'altres afectes augmenten els lípids en sang factor que predisposa arteriosclerosi (5, 8).

El monòxid de carboni que es desprèn de la combustió de les cigarretes arriba a la sang i s'uneix més fàcilment que l'oxigen a les molècules d'hemoglobina, saturant-les i evitant que l'oxigen s'hi uneixi produint una menor oxigenació del teixits. Aquests efectes juntament amb els de la nicotina provoquen un augment de la prevalença d'angina de pit i infart agut de miocardi (IAM) (5, 8).

L'aparell digestiu és un dels altres sistemes afectats per la nicotina. Aquesta disminueix o inclús suprimeix les contraccions de la paret gàstrica fet que atenua la sensació de gana. A l'hora augmenta la segregació d'àcid clorhídric a l'estómac, aquests dos efectes poden provocar a llarg termini gastritis hiperclorhídrica i úlceres estomacals. A diferència, a l'intestí les contraccions es veuen augmentades implicant un augment del trànsit i com a conseqüència diarrea. En casos de grans fumadors els problemes digestius s'accentuen produint acidesa, pirosi, dispèpsia, dolor tipus ulcerós (5, 8).

Altres efectes derivats del tabac són els que afecten a la visió produint conjuntivitis al estar en contacte amb espais carregats de fum o ambliopia

tabàquica (disminució de l'agudesa visual) com a conseqüència d'una disminució del l'absorció del complex vitamínic B que afecta al nervi òptic. A nivell bucal provoca un augment d'infeccions, afectació de les peces dentàries i més prevalença de amigdalitis/faringitis. A nivell otorinolaringòleg es poden produir obstruccions nasals, vertígens, disminució de l'audició per afectació del sistema coclear i acúfens (5, 8).

Les conseqüències del tabaquisme femení sobre la salut de les dones comporten un risc que s'ha de tenir en compte i afecta principalment les àrees ginecològiques i de la reproducció (9).

Per últim unes de les substàncies més conegudes derivades del tabac són les cancerígenes que augmenten la prevalença de càncer (5, 8).

1.3.3 Legislació

A Espanya el tabaquisme no va arribar a ser una epidèmia fins a mitjans del segle XX. Durant la Segona República va ser el primer país Europeu en prohibir el consum en les sales cinematogràfiques i en espectacles públics tancats per raons d'higiene pública. La demanda social de regulació va començar a ser important a finals dels anys 80, aleshores s'havien fet públics els primers informes del Departament de Salut dels Estats Units en els quals s'inclouïa els riscos del fum ambiental del tabac. Després de iniciatives d'algunes comunitats autònomes al 1988 es va promulgar un Real Decret regulador del consum de tabac en centres sanitaris, docents i llocs laborals en els que hi haguessin dones embarassades (10).

Des d'aquesta primera regulació hi ha hagut diversos decrets i modificacions per anar restringint més l'ús del tabac en espais públics i protegir així la població del fum ambiental.

Actualment la llei que regula el tabaquisme és la Llei espanyola 42/2010, de 30 de desembre publicada al BOE. Segons aquesta el consum de tabac està prohibit als menors de 18 anys. El consum de tabac està prohibit en espais públics tancats i en escoles o centres sanitaris, però també en bars i restaurants.

Queda prohibida la publicitat del tabac i el seu consum en programes de televisió (11).

1.3.4 Adolescència

L'edat en la qual s'acostuma a iniciar el consum és a l'adolescència. L'adolescència és una etapa de la vida que comprèn des dels 8 als 18 anys i es pot dividir en tres etapes.

La primera etapa és la pre-adolescència, que comprèn dels 8 als 11 anys. En aquesta fase el creixement del cos pot donar una aparença una mica desgravada i pot ser l'inici de la pubertat per a la majoria dels nens. Apareixen els pensaments lògics i es tendeix a depreciar els pensaments imaginatius de la infància. Hi ha una gran capacitat per acumular grans coneixements i aplicar nous conceptes i hi ha un gran interès per aprendre habilitats de la vida. En aquesta edat hi ha un gran egocentrisme, tot i que ja hi ha consciència, el nen sap el que és justícia i el concepte de negociació. Els nens tendeixen a imitar l'estereotip masculí i les nenes poden patir un cop en l'autoimatge degut a la pubertat i als canvis físics que pateixen. La relació amb els pares encara és de dependència i efectiva, comença a aparèixer el desig de participar en decisions, hi ha tendència a discutir sobre les feines, els deures. En quan a la relació amb els companys s'escullen amics amb les mateixes aficions i gustos. Les nenes comencen a tenir menys amigues íntimes que els nens i comencen a formar grups d'amics que poden ser exclusius (12).

La segona etapa és la que comprèn l'edat dels 11 als 15 anys. Els canvis físics produïts en aquesta fase estan relacionats amb el desenvolupaments dels òrgans sexuals, canvis en la veu i l'aparició de l'olor corporal. Es desenvolupa la capacitat de veure les coses en termes relatius i abstractes. És una època de gran conflicte amb els pares, de molt egocentrisme amb una gran necessitat d'aprovació social dels companys, i es solen qüestionar principis socials, morals i ètics, sobre tot els que tenen els pares. Sorgeixen les preocupacions pel pes, la pell, l'altura i l'aspecte físic en general. En quan a la relacions amb els pares com s'ha dit és una etapa de gran conflicte ja que d'aquesta manera busquen la

seva pròpia identitat dins de la família. En canvi amb els companys es busquen afinitats i grups petits d'amics amb els que es comparteixen les confidències (12).

La tercera i última etapa comprèn entre els 15 als 18 anys. Respecte els canvis físics es produeix una homogeneïtat entre els companys, ja que la majoria han assolit la seva altura i el seu pes. Les relacions amb els pares a mesura que es va avançant en aquesta última etapa, solen ser amb menys conflictes i amb major respecte perquè els fills ja poden veure els seus pares com a individus i comprendre que les seves opinions es basen en certs valors i això produeix una millora en les relacions familiars. Segueixen discrepant amb alguns límits imposats pels pares (com diners, tasques a casa, hora d'arribar a casa, aparença...), tot i que l'existència d'aquests límits els beneficiaran a llarg termini. Les relacions amb els companys, entre nois i noies comencen a ser més freqüents i la influència dels amics segueix sent clau en el desenvolupament personal d'una identitat pròpia. Els amics anti-socials poden augmentar un comportament antisocial en l'adolescent (12).

1.3.4.1 Adolescència i tabaquisme

Els adolescents i joves es mouen, no sistemàticament, des de l'experimentació fins a la consolidació, per arribar finalment al consum regular que caracteritza el tabaquisme en adults. Per aquest motiu, és important establir les causes del tabaquisme adolescent per decidir quina és la millor manera per combatre-ho. El conjunt d'investigacions suggereixen en l'actualitat que un conjunt de factors personals, socioculturals i de l'entorn són els principals determinants de la conducta fumadora dels joves (13).

L'edat mitjana d'inici del consum és de 13,6, en els homes és lleugerament inferior 13,5 i en les dones 13,7 anys. En les estadístiques es pot veure que la prevalença de tabaquisme entre les dones és notablement superior a la dels homes. Les dones fumen en un 46,1% i els homes en un 41,6%. Tot i que l'hàbit de fumar està més estès entre les dones, els homes tenen un consum més intensiu ja que fumen 6,4 cigarretes al dia mentre que les dones en fumen 6 (2).

La meitat dels joves estudiants entre 14 i 18 anys que han estat consultats en l'Informe sobre toxicomanies del 2013 conviu amb persones que fumen diàriament, aquest fet és un factor que influeix en futurs hàbits dels joves (2).

Entre els factors que s'han suggerit per explicar les diferències observades entre nois i noies estan les creences de que el tabac ajuda a estar prim i les preocupacions per a la pròpia imatge (13).

Les enquestes en adolescents mostren que 1 de cada 5 nois i 1 de cada 3 noies fumen diàriament als 16 anys. En els països desenvolupats el patró d'inici és semblant en ambdós sexes, produint-se l'experimentació de fumar entre els 12 i els 14 anys, segons els estudis i coincidint, com s'ha indicat prèviament amb l'inici de la secundària. Posteriorment la història natural de l'hàbit mostra que les noies tenen taxes de consum més elevades, que arriben a un màxim entre els 15 i els 16 anys, mentre que els nois l'increment és molt més gradual fins als 18 anys. Tot i que en aquestes edats la proporció de noies pugui ser superior a la dels nois, el consum d'aquests és típicament superior al de les noies. Posteriorment, cap als 17-18 anys el percentatge de noies que fumen disminueix lleugerament respecte a les taxes en edats immediatament anteriors, si bé aquestes tendències semblen modificar-se en dades recents, amb consum a l'alça en el grup de noies entre el 15 i els 24 anys (13).

1.3.5 Tabaquisme i àrees d'influència

S'ha relacionat el tabaquisme amb quatre grans àrees, els hàbits de vida, els factors intrapersonals, els factors interpersonals i les TIC.

Els hàbits de vida es divideix a l'hora en hàbits alimentaris i activitat física, que a trets generals es pot determinar que a pitjors hàbits major és el risc d'esdevenir consumidor de tabac (14-22).

Els factors intrapersonals inclouen la assertivitat, l'autoestima, els estils d'afrontament de problemes, la rebel·lia, i la intenció de fumar. Són característiques personals que poden donar eines als adolescents per rebutjar o no conductes de risc enfront el tabaquisme. D'aquests factors es pot concloure

en termes generals que a major assertivitat i autoestima els joves són menys propensos al consum (23-28).

En els factors interpersonals es troba la relació amb els pares i amb els amics. Dins l'àmbit de la llar s'observa que la influència del consum dins del domicili és un factor de risc pel consum de tabac, alhora que és de gran importància, com a factor protector, una relació comunicativa i afectiva de qualitat amb els integrants de la llar. En l'àmbit escolar, la pressió de grup dins de les amistats afavoreix el consum de tabac a l'igual que d'altres substàncies il·lícites (19, 23, 25, 27-34).

Per últim en l'àrea de les TIC, s'inclou tota aquella publicitat directa o indirecte que influeix a la visió del pre-adolescent a favor del tabaquisme, ja sigui mitjançant les xarxes socials o publicitat en vídeos del Youtube i música o pel·lícules o series i per tant que poden aportar una imatge de popularitat i triomf enganyosa del consum de tabac (15, 16, 35-39).

1.3.5.1 Factors intrapersonals

La Teoria de l'Aprenentatge Social (TAS) indica que, una manera d'ampliar la capacitat conductual per evitar el consum de drogues és proporcionar coneixement, pràctica i retroalimentació relacionada amb la realització de conductes per resistir les pressions socials a usar drogues i habilitats de vida com l'assertivitat. S'ha argumentat que l'autoestima i l'assertivitat poden contribuir a millorar la resistència dels adolescents a la pressió de grup per consumir drogues (23).

El desig de ser acceptat i pertànyer a un grup és fonamental durant l'adolescència. Per afrontar les pressions que implícitament tenen els grups cap als membres, es necessari desenvolupar certes habilitats que permetin als adolescents identificar quan estan sent pressionats per realitzar una acció amb la qual no es senten còmodes i saber escollir independentment del que el grup d'amics desitgi. Alguns estudis transversals mostren l'associació entre l'assertivitat i el consum de tabac i alcohol (23).

Tot i que els adolescents no consumeixin tabac o alcohol, s'ha vist que el baix nivell d'assertivitat té una influència condicional ja que pot fer que la persona sigui més vulnerable a altres factors, és a dir, esdevingui més susceptible a la influència dels amics, el que és un factor de risc pel consum de drogues. Una persona amb dificultats per expressar obertament les seves opinions o per desenvolupar-se adequadament en el seu medi social podrà ser més vulnerable a les pressions del seu medi (23).

De la mateixa manera, tenir un bon nivell d'autoestima és un dels recursos més valuosos, un adolescent amb l'autoestima alta aprèn més eficaçment, desenvolupa relacions molt més satisfactòries, està més capacitat per aprofitar les oportunitats que se li presenten, per treballar productivament i ser autosuficient. Per contra una baixa autoestima converteix la població en més susceptible per l'inici d'una conducta addictiva. Per tant, diversos estudis confirmen que les associacions predictives entre l'autoestima i el tabaquisme han estat concloents (23-25, 40). Una explicació és que els adolescents que pateixen de baixa autoestima tenen una opinió més negativa de si mateixos, incloent el seu valor en relació amb altres persones. La conformitat pot ser deguda al seu desig d'aprovació i acceptació social, o la por de ser exclosos si es comporten d'una manera incompatible amb les normes del grup (25).

Altres estudis no apunten resultats on aquesta associació sigui tan clara. Per una banda l'estudi de Saari et al. conclou que l'afecte de la manca d'autoestima no afecta al tabaquisme dels adolescents durant l'adolescència, però a mesura que creixen fins a l'edat adulta, la manca d'autoestima té un efecte predictiu sobre la conducta de fumar (41). En canvi, l'estudi de Hargreaves et al. afirma que l'autoestima, la confiança i la responsabilitat personal s'associen amb una bona salut general i amb els comportaments que promouen aquesta, com ara l'alimentació saludable i l'activitat física. No obstant això, alguns estudis mostren que, aquests factors individuals no estan vinculats amb la protecció contra les conductes de risc de salut clau com el tabaquisme (27).

Segons Bandura l'autoestima és un concepte estretament relacionat amb l'autoeficàcia i és central en els models que intenten explicar les conductes addictives (24). El baix nivell d'autoeficàcia per resistir el tabaquisme, segons

l'estudi de Tang et al., va ser identificat com un factor que contribueix al consum de tabac. Es va trobar que els adolescents que estan segurs de la seva capacitat per resistir la pressió de fumar són més capaços d'evitar fumar que els que no estan segurs; també es va trobar que les habilitats de rebuig es poden ensenyar. Per això es recomana que els esforços per prevenir l'inici del tabaquisme estiguin dirigits a disminuir la intenció de fumar mitjançant la millora dels nivells de control de la conducta i l'autoeficàcia dels adolescents (40).

En aquest mateix estudi es mostra una interacció entre el nivell de control de la conducta i la intenció de fumar, això vol dir que, fins i tot en situacions en què els adolescents tenen la intenció de fumar, pot ser que no fumin, si el seu nivell de control de la conducta és alt. Un estudi dut a terme al nord d'Anglaterra sobre l'efecte de la personalitat en la interacció entre la intenció de fumar dels adolescents i el nivell d'auto-control del comportament va mostrar un resultat similar. Dins del control de la conducta s'inclou el control emocional. Un estudi a Noruega va mostrar que els estudiants amb un menor nivell de control sobre les seves reaccions emocionals eren més propensos a fumar. Els resultats van mostrar que l'ús de mètodes de supervivència negatius van ser un predictor dels adolescents fumadors. Un altre estudi d'investigació de l'escola secundària a Canadà va demostrar que, els no fumadors eren més propensos a utilitzar mètodes de resolució de problemes i major afrontament d'aquests que els fumadors. Un altre estudi longitudinal sobre la relació entre la sociabilitat i el tabaquisme en els adolescents, entenent la sociabilitat com la timidesa o la confiança en les habilitats socials, va mostrar que els joves que eren més sociables eren més propensos a convertir-se en fumadors (40).

Un altre factor àmpliament relacionat amb la conducta de fumar és la preocupació de la pròpia imatge, aspecte a ressaltar especialment en el tabaquisme femení. La creença de que el tabac ajuda a estar més prima i les diferències de maduració psicològica entre les noies les ajuda a relacionar-se amb nois de major edat i tot això facilita el tabaquisme entre les noies joves (13). De fet, les joves fumadores estarien doblament preocupades per l'autoimatge respecte a les no fumadores (9). Tanmateix la imatge corporal negativa s'ha consolidat com un factor potencial d'estrès pels adolescents, sobretot per aquells que tenen sobrepès o són obesos. És probable desencadenar estratègies

destinades a mitigar els desequilibris emocionals i fisiològics causats per una imatge corporal negativa. Malauradament entre els adolescents les estratègies d'afrontament podrien implicar pràctiques com fumar (26).

1.3.5.2 Factors interpersonal

S'ha afirmat que els factors socials són més importants per a la iniciació de fumar, mentre que els factors individuals són més importants per a la persistència (24).

Tot comença amb la imitació dels nens i nenes als seus pares, aquesta és una part de l'etapa de desenvolupament, quan comencen a imitar les accions mitjançant l'observació (42). Per tant, els pares poden actuar com a model pels seus fills i fins i tot ensenyar-los hàbits de consum (43).

Els joves amb pares o germans que són fumadors tenen el doble de risc de consumir tabac en comparació amb els que no fumen, tant per la conducta en si com per facilitar l'excés al tabac. En l'informe del Ministeri de Sanitat sobre l'alcohol, tabac i drogues il·legals a Espanya, dels joves de 14 a 18 anys, el 21% dels que fumaven a diari eren els que vivien amb pares fumadors, en contra del 7.5% dels fumadors que no tenen pares que fumin (2). Per tant, és un fort predictor i significa un risc de fumar pels joves. Així doncs es conclou que existeix una forta evidència que la conducta activa de fumar dels pares i dels germans té un major perill d'inici de tabaquisme entre els joves que la conducta dels no fumadors (29, 42, 44). Per contra un factor que, segons alguns investigadors actua com a protector, és la restricció de fumar a la llar. Aquesta restricció redueix el risc dels nens a convertir-se en fumadors (45). En diversos estudis l'augment d'exposició al fum ambiental a la llar va predir l'inici del tabaquisme dels joves, independentment de la condició del tabaquisme dels pares (30, 45).

Des de la perspectiva de la ciència comportamental, la restricció de fumar a la llar afecta l'inici del tabaquisme adolescent de diverses maneres. En primer lloc, construeix un entorn físic de suport lliure de fum que ofereix una norma i actitud subjectiva de fumar i exerceix el control parental sobre els adolescents. En segon lloc, pot tenir efectes secundaris que es recolzen en el fet que prohibeix fumar en llocs tancats i s'associa en tenir un menor nombre de companys que fumen.

En general, pot representar un factor contextual d'un vincle familiar que s'oposa als adolescents i als membres de la família que fumen (45).

Com s'ha explicat anteriorment els ambients no lliures de fum tenen un paper important en la dependència de la nicotina dels joves. Les intervencions preventives s'han d'adreçar a la conducta i actituds dels membres de la família. També s'han de dirigir a les característiques generals de la família com la vigilància, la unió, el conflicte i la participació (30).

La vigilància és important ja que la manca de supervisió dels pares en l'abús de drogues és un altre dels factors que pot influir negativament (43, 46). De la mateixa manera els problemes familiars poden afavorir l'inici del consum tabàquic entre els adolescents (28).

L'estil de comunicació és un altre punt a tenir en compte. Alts nivells de llaços d'afecte entre pares i fills i la desaprovació dels pares al tabaquisme han demostrat ser factors de protecció per a molts dels comportament de risc dels joves, a l'hora que l'estil de comunicació familiar està associat amb la reducció de l'ús de substàncies. Els pares són vistos com agents de canvi i assessorament per donar forma a la conducta dels seus fills. La seva intervenció i els seu estil de comunicació tenen un paper crucial en la reducció del risc a convertir-se en fumadors a l'adolescència primerenca. D'altra banda, la mala relació amb els pares i les discussions sobre les regles del tabaquisme augmenten l'ús d'aquestes substàncies (19, 32, 47).

Per altre banda els adolescents que són menys propensos a fumar són els que perceben que els pares reaccionen negativament aquest comportament. En aquest sentit, el comportament dels pares en el seguiment i control de consum de tabac i en termes de comunicació, s'ha de considerar un factor important en la prevenció i la iniciació del consum de tabac (32).

És a dir que, l'inici del consum de tabac es veu influït per les actituds familiars, tot i que els joves reconeixen que és menys important que la influència que poden influir els amics. El consum de tabac és un dels primers secrets que l'adolescent amaga als seus pares, creant una dicotomia entre dependència familiar i autonomia personal (28).

D'aquesta manera la influència dels pares es compatible amb la dels companys, però a mesura que aquesta disminueix amb l'edat, la dels companys és cada cop més important. Això es degut a que l'adolescència és una etapa de noves identitats i l'afiliació a grups d'amics es solidifica i aquests guanyen influència respecte als pares. Els companys tenen un profund efecte en els altres i poden encoratjar l'experimentació de comportaments de risc quan hi ha pressió normativa per fer-ho (32, 33, 48).

Els estudis mostren que els estudiants que pensen que els seus companys aproven el tabaquisme mostren una intenció superior a fumar que els que tenen companys que ho desaproven. Per tant, tenir un amic proper que fuma cigarretes és un factor predictiu perquè un adolescent comenci a fumar. De fet el 70% dels joves que han provat el tabac per primera vegada ha estat perquè un company els hi ha ofert. També s'ha vist que els adolescents que estan més al centre de la xarxa d'amics són els més propensos a fumar que els que es troben més a la perifèria (32, 34, 49, 50).

En l'anàlisi de la influència dels iguals, en la iniciació del tabaquisme dels adolescents, es suggereix que es tracta d'un dels factors més important, sent el nombre de millors amics fumadors el factor que s'associa més directament amb el tabaquisme. Així s'ha demostrat que els joves fumadors tendeixen a tenir més amics fumadors i els no fumadors a la inversa (47, 49, 51).

El que també cal tenir en compte és que s'ha vist que la influència del millor amic fumador és la clau per la iniciació tabàquica, més que la del grup en el seu conjunt. En canvi, la pressió del grup o la pressió directe són els determinants per a la consolidació de l'hàbit tabàquic (13).

Tant mateix, sembla ser que els nois són més susceptibles a la pressió directa exercida pels companys alhora que també influeix la seva necessitat de recerca de sensacions i el comportament de risc, això vol dir que els nois tenen més probabilitats de promoure el tabaquisme entre els amics. Mentre que tant nois com noies tindrien una susceptibilitat similar davant la pressió indirecta, és a dir, aquella produïda a l'entrar en un grup d'amics i malgrat que no es produeixi un oferiment clar i directe de cigarretes incita a l'adolescent a fumar (9, 34, 49).

En resum, es pot afirmar que la pressió de grup i la pertinença de sentir-se'n part són factors favorables per la iniciació i seguiment de l'hàbit tabàquic entre els joves (28, 42, 43).

Per últim en quan la influència dels grups d'amics, també s'ha vist que l'entrada a un microsistema previ a la edat adulta, com és l'institut, fa que el consum tabàquic es converteixi en un ritual de socialització casi ineludible. El model social més idealitzat són els joves universitaris i es rebutgen les imatges d'autoritat. Aquests són un referent de la conducta i són valorats com independents i autònoms, sense arribar a assolir l'estatus d'adult. Suposen un model de com passar-ho bé a les festes i normalitzen el policonsum de diverses drogues com a part de l'experiència d'un adult jove. Pel que els joves acaben imitant aquests comportaments socials a la vegada que la transgressió de les normes socials, com és el fumar a l'escola, actua com element motivador (19, 28).

Per concloure els factors interpersonals es va trobar que els factors socials relacionats amb la llar, els companys, l'escola i el veïnat van ser fortament associats amb el consum de substàncies, així com d'altres resultats de salut. El correlat més fort de fumar va ser la presència d'un fumador a la llar, seguit per l'ambient escolar, percebre seguretat al seu entorn i dificultat per parlar amb els pares. Una major participació social i la sensació de seguretat dins d'un barri, així com un ambient escolar positiu es van associar amb una ampla gamma de resultats positius per la salut (27).

1.3.5.3 Hàbits de vida

Entre els joves de 6 a 12 anys, el tabaquisme s'ha associat amb una baixa activitat física i la mala alimentació (15).

1.3.5.3.1 Alimentació

El fum del cigarret conté almenys 6.000 components que poden afectar directa o indirectament la ingesta calòrica i la despesa energètica. La nicotina, la

principal substància addictiva en el fum del cigarret, té un efecte supressor sobre el pes corporal i la gana. A més, el fum de la cigarreta estimula la resposta inflamatòria associada amb nivells elevats circulants de citoquines inflamatòries, com ara factor de necrosi tumoral α i la interleucina 6, que s'associen amb el desenvolupament d'estats de malaltia relacionats amb el tabaquisme. Aquestes citoquines, s'ha demostrat que inhibeixen la gana i afecten el metabolisme lipídic (14).

Els efectes de pèrdua de pes per l'exposició al fum de la cigarreta no només són a causa de la reducció prevista en el consum d'energia, sinó també a una major capacitat de despesa d'energia. En general, els estudis que utilitzen l'exposició al fum de la cigarreta han vinculat l'anorèxia, la pèrdua de pes, amb el tabaquisme. Per tant, fumar induïx un estat d'energia negativa caracteritzat per la ingesta d'energia reduïda i el pes corporal. S'ha demostrat que aquesta pèrdua de pes és independent del tipus de dieta. Aquestes observacions han portat a la percepció pública que el tabaquisme s'associa amb la pèrdua de pes, i s'utilitza comunament com una estratègia de control de pes, especialment entre els joves i les dones (14).

El tabaquisme és un factor predisposant per a l'obesitat abdominal, la intolerància a la glucosa i la resistència a la insulina. A més està exposat al fum de la cigarreta fa augmentar la preferència pels aliments alts en sucres refinats i greix. El consum d'aquests aliments pot incrementar la massa grassa, els nivells de lípids en sang i la intolerància a la glucosa, fins i tot quan el consum total de calories no excedeixi els requeriments diaris. Per tant, l'exposició a fum de cigarreta està relacionat amb el consum d'una dieta alta en greixos, el que pot fer augmentar el risc de trastorns metabòlics. Aquest consum d'aliments altament palatables es considera un comportament addictiu. L'alimentació és controlada per sistemes de recompensa del cervell i els estats psicològics que reforcen els motius de menjar en excés i sense valor homeostàtic. Referent a això, el menjar i l'addicció a la nicotina pot compartir les mateixes vies centrals. La conducta alimentària addictiva és controlada principalment per les interaccions entre el "centre d'alimentació" a l'hipotàlem lateral i el sistema mesolímbic, i la coordinació entre els neurotransmissors, com la dopamina, la serotonina, i el

sistema opioide. Menjar, especialment els afartaments, es considera que és una reacció fisiològica per contrarestar l'estrès en alguns individus (14).

Per altre banda l'administració de nicotina allibera dopamina en moltes regions del cervell implicades en la recompensa, com l'àrea mesolímbica, el cos estriat, l'escorça frontal, i l'àrea tegmental ventral en el tronc cerebral. La nicotina s'ha demostrat que redueix l'ansietat d'una manera dependent de la dosi, que també pot dominar el desig de menjar, a més de la seva capacitat de supressió de les vies orexigèniques centrals. L'abstinència de nicotina pot causar ansietat i estrès, per tant els exfumadors poden fer servir incentius com menjar en excés o fumar de nou (14).

Finalment, com s'ha explicat anteriorment en els factors interpersonals, les noies amb baixa autoestima poden veure's abocades al consum del tabac per la creença que el consum de tabac les ajuda a estar més primes. La preocupació de l'autoimatge està associada a la preocupació del pes, per tant és fàcil que els noies amb problemes de pes acabin usant el tabac com mètode d'aprimament (9, 13).

1.3.5.3.2 Activitat física

Es va trobar en relació entre la practica d'activitat físico-esportiva i el consum de tabac en els adolescents una tendència a no fumar en els que eren físicament més actius.

En coincidència amb estudis nacionals i internacionals els adolescents actius fumen menys, un 85.9% dels adolescents actius manifesten no fumar davant dels 66% dels no actius. Un estudi d'Aleixandre et al. conclouen que els adolescents que manifestaven realitzar activitats esportives tenien un consum inferior al 59% de tabac respecte als que no en realitzaven, així com un consum 20 vegades inferior en la quantitat de cigarretes consumides a la setmana. Halperin et al. van remarcar que qualsevol nivell de consum de tabac en adolescents universitaris està associat a un menor nivell de pràctica d'exercici físic. Els que solen realitzar exercici físic 3 o més vegades per setmana fumen menys que qui el realitza menys de 3 vegades per setmana (17).

Les investigacions indiquen que l'activitat física té un efecte protector contra l'hàbit de fumar. Nivells més alts d'activitat física durant l'adolescència han demostrat reduir les probabilitats de l'inici del tabaquisme i la progressió en gairebé un 50%. D'altre banda els adolescents sedentaris són més propensos a començar a fumar regularment en comparació amb els adolescents actius (30% versus 2%) i tenen 5 vegades més probabilitats de convertir-se en fumadors habituals. A més, els adolescents que participen de manera irregular o han disminuït la seva pràctica en esports d'equip són gairebé 3 vegades més propensos a fumar regularment, en comparació amb aquells que estan involucrats regularment en esports d'equip (20).

Es pot concloure que la relació entre el tabaquisme i l'activitat física és inversament proporcional (21).

Un possible mecanisme que pot ajudar a explicar la relació entre l'activitat física i el tabaquisme és el gaudi de la recompensa subjectiva derivada de la participació en l'activitat física. Si s'obté plaer d'aquesta, es pot ser menys propens a buscar fonts alternatives de recompensa, com el tabaquisme. A més, es pot crear neuroadaptacions gratificants similars a les que es creen fumant. Aquesta sensació de benestar augmenta amb la major pràctica d'exercici. Les proves indiquen que l'esport influeix en molts dels mateixos neurotransmissors que intervenen en els efectes de reforç positiu de les drogues (20). Aquest aspecte podria disminuir el risc de tabaquisme en els adolescents que cerquen noves sensacions (13).

Finalment s'ha demostrat que l'activitat física s'associa amb el gaudi d'aquesta. Per mantenir l'exercici regular, els efectes de recompensa han de ser més grans que els efectes d'aversion. Les intervencions no han de tractar de promoure un tipus d'activitat, sinó més aviat ajudar els adolescents a identificar i participar en el tipus d'activitat que són més gratificants. Els adolescents poden buscar activitats en les que se sentin millor i, per tant, tinguin més possibilitats de gaudir (20).

1.3.5.4 Tecnologies de la informació i la comunicació

Les xarxes socials en línia han incrementat la possibilitat de canals a través dels quals es pot produir comunicació. Aquests augment de mitjans de comunicació ha transformat els mecanismes de comunicació i d'intercanvi d'informació tradicionals, així com les dimensions de la influència social. (36, 48). Als Estats Units, les xarxes socials en línia les utilitzen aproximadament un 80% dels adolescents i s'han convertit gradualment en el mitjà preferit de comunicació en tots els grups racials i socioeconòmics (36).

Els adolescents freqüenten xarxes socials en línia per formar i construir amistats, fomentar el seu sentit de connexió social i la gestió de les seves autopresentacions, d'acord als seus interessos actuals. D'acord amb els mecanismes d'aprenentatge social a través dels canals dels mitjans de comunicació, les amistats que s'estenen en el context virtual poden fomentar influències mútues sobre les conductes a través dels xats i intercanvi de continguts digitals. Les interaccions en línia poden accelerar els processos d'influència entre amics a causa de la seva ubiqüitat i capacitat de creuar fronteres del temps i l'espai. A part de les amistats, coneguts o figures dels mitjans populars poden ser una forta influència, i accedir de manera similar als companys transmetent conductes i ser models que els adolescents són propensos a imitar (36).

Dins del grup de les TIC o del món online, hi ha diverses aplicacions o funcions que els joves usen a diari i que poden influir-los.

1.3.5.4.1 Xarxes socials

Les xarxes socials tenen un gran potencial de missatges de màrqueting social que poden arribar a un gran nombre de persones de forma ràpida i econòmica. És a dir que, el potencial de difusió pot ser enorme, un missatge relacionat amb el tabaquisme es pot propagar de manera viral a un gran nombre d'adolescents a través tan sols d'un amic a Facebook (33, 52, 53).

Els adolescents poden mostrar menys inhibicions respecte a les conductes de risc, per tant les repercussions que es presenten amb el cara a cara respecte el tabaquisme o el consum d'alcohol es redueixen al mínim quan es tracta del context online. L'exposició a mitjans desfavorables o trobades en línia de risc també poden distorsionar la percepció del risc (36).

Encara que l'ús de Facebook i MySpace no afecta a les tendències dels adolescents a fumar o consumir alcohol. Els adolescents que són exposats a continguts de risc en línia amb els seus amics van informar d'un augment del consum de tabac. Això dona suport a les troballes prèvies que l'ús de xarxes socials en línia no sols planteja riscos, sinó que el contingut intercanviat a través de les xarxes socials online pot desencadenar influències conductuals. Aquest fet és especialment pertinent pels amics propers que també interactuen diàriament a l'escola. A través dels mecanismes d'aprenentatge vicari, el contingut dels mitjans socials en línia pot exercir més influència que els mitjans de comunicació tradicionals com figures dels mitjans es reemplacen pels amics reals (36).

D'aquests comportament de risc es va observar que hi ha una associació més forta de l'exposició al risc en línia amb el tabaquisme que amb el consum d'alcohol. Els mecanismes en línia poden ser un ambient més còmode pels adolescents per exhibir comportaments de fumar, que són menys freqüents i menys normatius que el consum d'alcohol. Arran de l'augment de la prevalença i la utilitat de les xarxes socials en línia pels adolescents, aquests resultats proporcionen una evidència oportuna que la influència dels companys pot ser transmesa a través de pantalles en línia (36).

A part de Facebook i MySpace, els missatges que els usuaris publiquen a Twitter sobre el tabac són generalment més positius que negatius. El correlat més fort de sentiment positiu és l'experiència personal de primera mà, mentre que el sentiment negatiu es correlaciona més fortament amb l'opinió. En aquest sentit, la vigilància de Twitter pot revelar punts de vista que no estan disponibles a través d'enquestes, on els participants no exposen de manera espontània les experiències a una audiència d'amics i seguidors i són en canvi més propensos a expressar opinions més acurades i elaborades. De fet, les enquestes poden

així subestimar la prevalença de sentiment positiu cap al tabac. Les relacions socials, especialment entre els usuaris més joves, sorgeixen com un altre comportament clau dels sentiments positius cap el tabac a Twitter. Aquestes experiències socials positives en front al tabac també amb freqüència involucren usuaris joves o menors d'edat (37).

Un comportament social també fonamental és el sentiment negatiu cap al tabac. Categories corresponents a la repugnància i els estereotips estaven entre els més correlacionats amb el sentiment negatiu, de fet superant la categoria de salut (37).

Els missatges de Twitter també poden ser utilitzats per analitzar la opinió de la població respecte a fumar. Twitter podria ser utilitzat per sensibilitzar a les poblacions, i oferir l'oportunitat d'estudiar la prevalença del tabaquisme en temps real (54).

Una altra prova de l'atractiu de les xarxes socials en línia és que la indústria del tabac ha mostrat un gran interès en la web 2.0 i les eines d'interactivitat. Milers de fumadors van contribuir al disseny d'un nou paquet de cigarrets Camel a través d'una pàgina web interactiva. Es van trobar que els empleats de British American Tobacco promouen amb entusiasme les seves marques de cigarrets al Facebook. Arguments similars es poden fer pel desenvolupament i execució de campanyes contra el tabaquisme de màrqueting social en línia (53).

1.3.5.4.2 Publicitat indirecta

El desenvolupament de polítiques públiques dirigides a eliminar la publicitat de tabac entre els medis de comunicació a forçat a la indústria del tabac a desenvolupar estratègies indirectes i tenir accés a potencials consumidors. Els nous medis de comunicació, com Internet i els videojocs, són vincles per aquestes estratègies, ja que permeten l'accés a població jove susceptible d'iniciar-se i proporcionen un ambient virtual adequat per promocionar el consum de tabac. La major part de la promoció del tabac a Internet prové de llocs web que no estan vinculats directament amb la seva indústria. Un exemple són els blocs o diaris electrònics, pàgines desenvolupades per individus per expressar

les seves opinions sobre diversos temes, entre els quals es troba el tabac. A molts blocs dedicats al tabac i al seu consum és evident el patrocini directe de companyies dedicades a la seva comercialització (39).

De manera similar, la indústria del tabac ha aprofitat el desenvolupament de xarxes socials a Internet per introduir línies indirectes de mercat. Facebook, amb més de 700 milions de membres, permet la interacció entre persones a través de l'encadenament de pàgines on es comparteix informació personal i a través de la creació de grups. Youtube és un lloc dedicat a compartir públicament vídeos creats pels usuaris. Una gran proporció dels visitants de Youtube són adolescents, aspecte que, junt amb la capacitat d'anonimat que atorguen les xarxes socials, crea un entorn ideal perquè les companyies de tabac arribin a un mercat jove. Les imatges de tabac a Youtube són prolífiques i fàcilment vistes pel públic adolescent (39).

1.3.5.4.3 Videojocs

Els videojocs s'han integrat a Internet a través de la web 2.0, i han creat xarxes socials on milions de persones interactuen a través de servidors controlats per les companyies dissenyadores de videojocs. Són eines poderoses per influir en el consum de tabac. Estudis experimentals han ensenyat que les imatges relacionades amb el tabac recreades en realitat virtual, tenen la capacitat d'estimular el desig de fumar entre els fumadors. Inclús, els adults fumadors menors de 24 anys responen als estímuls en realitat virtual amb major força que els adults de major edat, pel que són particularment susceptibles a desenvolupar desitjos sostinguts de fumar. Per tan, jugar a videojocs influeix en les percepcions dels comportaments de fumar (39).

Un dels factors que els podria fer més efectius és la interactivitat, ja que evidencien i han mostrat que els medis amb el potencial de participació són 3 vegades més efectius per promoure el consum de tabac que els medis passius (39). Jugar a un videojoc, a diferència de veure una pel·lícula és interactiu i pot desenvolupar-se en 20 hores o més, on cada jugador està potencialment exposat a diferents imatges depenent de com ell avança a través del joc. Una de les vies

per a futures investigacions seria centrar-se en la quantitat i la qualitat de les imatges del tabac present en els jocs per tal d'obtenir una base d'una possible exposició (55).

La investigació suggereix que el desenvolupament d'una actitud positiva cap al tabaquisme és un dels primers passos per convertir-se amb el temps en fumador, per tan jugar a vídeo jocs amb imatges sense tabac pot canviar les actituds cap al tabaquisme o la força potencial d'aquest efecte. Atès que els gràfics dels vídeo jocs cada vegada són més similars al de les pel·lícules i menys pixelats són cada vegada més convincents (55).

1.3.5.4.4 Lletres de cançons

En els canals de vídeos i en la música en el seu conjunt és troben amb freqüència lletres i imatges relacionades amb el consum de cigarretes, marihuana i l'alcohol. Mulder et al. per exemple, van demostrar que certs gèneres de música es van associar fortament amb el comportament de l'ús de substàncies i en passar temps amb els companys que en fan ús. També van trobar que les associacions entre la música i el consum de substàncies van ser intervingudes per passar temps amb els seus companys de substàncies (38).

El model d'espiral de reforç se centra en el paper dinàmic dels mitjans de comunicació en la socialització amb l'argument que les adolescents utilitzen mitjans per desenvolupar i reforçar les seves canviants identitats socials. Per exemple, l'exposició a vídeos musicals ofereix als adolescents més joves una forma de començar a observar i adoptar identitats socials. Tal experimentació virtual amb identitats socials es probable que pugui precedir i fomentar la participació que abracen aquestes identitats. De la mateixa manera la investigació longitudinal anterior ha trobat que els efectes de l'exposició a les pel·lícules classificades per majors de 18 anys sobre el tabaquisme entre els adolescents van ser parcialment per mitjà dels efectes sobre l'associació amb companys fumadors. Un cop involucrat amb aquests grups de parells, els adolescents comencen a buscar a gèneres específics de música compatible amb aquestes normes i preferències (38).

1.3.5.4.5 Cinema

El cinema es troba ben establert com un vehicle clau per la representació de la imatge icònica del consum de tabac a la societat (56).

L'estudi "Smoking in movies and adolescents smoking initiation: longitudinal study in six european countries" proporciona evidència convincent d'una associació longitudinal ferma entre veure imatges de fumar a les pel·lícules i la iniciació de l'hàbit tabàquic entre els adolescents en diversos països europeus. Tant mateix s'ha identificat una clara relació entre dosi—resposta, és a dir a majors nivells d'exposició a imatges una major intenció de fumar (35).

Les avaluacions de les imatges estereotipades de fumar a les pel·lícules varien. Per exemple els estudiants majors d'edat tenen més probabilitat d'observar els fumadors a les pel·lícules, en referència als estereotips de la sensibilitat emocional, com pot ser estrès o depressió. Per contra els estudiants més joves estaven en sintonia amb l'estereotip d'imatge glamurosa, és a dir com atractiu i amb estil. És important destacar que els estereotips de la imatge de glamour es van associar significativament amb intencions de fumar, mentre que els de sensibilitat emocional no (56).

Aquestes evidències proporciona més suport a l'aplicació de les polítiques amb l'objectiu de limitar l'exposició als joves a fumar a les pel·lícules (35). De la mateixa manera que s'ha de vetllar per augmentar l'exposició dels missatges anti-tabac ja que s'ha vist que són eficaços en la reducció dels tabaquisme especialment en els adolescents més joves (57).

1.4 JUSTIFICACIÓ

Dels 57 milions de morts que van tenir lloc en el món al 2008, 36 milions, és a dir, el 63% van ser degudes a les MNT, especialment malalties cardiovasculars, diabetis, càncer i malalties respiratòries cròniques. Una d'aquestes malalties no transmissibles és el tabaquisme, que provoca al voltant de 6 milions de morts cada any, tant pel consum directe com pel passiu. Cap al 2030 aquesta xifra augmentarà fins al 7,5 milions, el que representarà el 10% del total de morts.

S'estima que el tabaquisme causa aproximadament el 71% dels casos de càncer de pulmó, el 42% de les malalties respiratòries cròniques i al voltant del 10% de les malalties cardiovasculars (1).

La mortalitat per cardiopatia isquèmica és un 70% major en els fumadors que en els no fumadors, i el risc coronari és aproximadament dues vegades major en consumidors que en no consumidors. La mortalitat al 2004 per càncer de pulmó va ser de 19.092 persones a l'Estat Espanyol. La corba de mortalitat per càncer de pulmó és paral·lela a la del consum de tabac amb un lapse de temps aproximat de 35 anys (58).

Com a conseqüència dels problemes de salut que es deriven del tabaquisme, aquest causa pèrdues econòmiques valorades en més de mig billó de dòlars (1). El consum d'un paquet al dia multiplica per dos el número de dies de baixa laboral dels treballadors i augmenta un 15% el nombre de dies al llit per any per malaltia (58).

L'hàbit de fumar comença, habitualment, en l'adolescència, convertint-se en addictes a l'edat adulta, moment en el qual deixar de fumar és quasi una quimera. Així doncs, tot i que 2 de cada 3 fumadors desitjarien deixar el tabac, i prop 1 de cada 3 realitza alguna temptativa d'abandonament de l'hàbit cada any, només un 2% dels fumadors ho aconsegueix. La dificultat de deshabitament de l'hàbit tabàquic és degut a que la nicotina és tan addictiva com drogues considerades "dures", per exemple l'heroïna, per tant es molt difícil deixar de fumar i requereix molt esforç (7).

Per tots aquests motius s'ha cregut convenient que es realitzi un PGCP, no només per millorar la salut de la nostre població actual i futura, sinó per a poder fer una millor gestió dels recursos econòmics, ja que des del 1956 l'OMS va declarar que el tabac és la principal causa previsible o evitable de mort precoç (59). Si es redueix el consum de tabac es podrien destinar els diners a altres problemes de salut.

La prevenció és important que la realitzi infermeria, perquè el col·lectiu està format per a realitzar educació per a la salut amb la finalitat de reduir conductes

de risc per a la llarga reduir malalties i morts relacionades amb aquestes conductes com pot ser el tabaquisme (47).

1.5 HIPÒTESIS DE LA INVESTIGACIÓ

La hipòtesi plantejada pel PGPC és la següent:

Treballant amb els adolescents les àrees relacionades amb el tabaquisme, com són els factors intrapersonals, els factors interpersonals, els hàbits de vida i les TIC es pot prevenir el tabaquisme en pre-adolescents.

2. METODOLOGIA

2.1 RECERCA BIBLIOGRÀFICA

Durant la recerca bibliogràfica es va trobar una Guia de Pràctica Clínica (GPC) a nivell nacional per a la prevenció i deshabitament tabàquic, GPC Detecció i tractament del consum de tabac (3). A través del document en vam extreure una Guia de prevenció per a adolescents, Guia per la prevenció i el control del tabaquisme de l'àmbit pediàtric (4).

Per a la cerca de dades estadístiques vam usar la pàgina del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, d'on dins del Pan Nacional sobre Drogas hi vam trobar el Catàleg de publicacions de la Delegación del Gobierno. Dins d'aquest apartat hi ha els Informes del Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías d'on s'extreu el Observatorio Español sobre Drogas: Informe 2013 y Estadísticas OEDT 2013, que és l'informe final usat per les dades estadístiques.

Gràcies a la informació que es va trobar a la GPC es va considerar que els temes que s'havien de tractar eren els següents: alimentació, esport, autoestima, TIC, relació amb els pares, relació amb els companys i l'assertivitat.

Per fer la cerca es va utilitzar la base de dades Pubmed.

- Pubmed [base de dades a internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1966, [accés 20 juny 2015]. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Es van utilitzar diferents paraules clau segons la temàtica que es volia tractar.

Alimentació:

- Amb les paraules clau “childhood smoking i food” usant el bolean “and” van sortir 255 resultats. Amb el criteri d'exclusió de tots els articles de pagament van quedar 84 resultats. També es van excloure tots els articles publicats més de 5 anys enrere i finalment van quedar 34 resultats. D'aquests s'ha usat 1 article: “Cigarette smoking and brain regulation of energy homeòstasis”.
- Amb les paraules clau “smoking prevention” i “healthy hàbits” usant el bolean “and” van sortir 355 resultats. Excloent tots els articles que no siguin gratuïts van quedar 94 resultats. Finalment excloent els articles publicats fa més de 5 anys van quedar 47 resultats. D'aquests ha estat usat 1 article: “Social networks on smoking , alcohol use and obesity among adolescents attending a school in the city of Lobos, Buenos Aires”.
- Amb les paraules clau “eating behavior” i “smoking” i “teens” amb el bolean “and” van sortir 100 resultats. Dels quals han estat usats 6 articles: “Unique aspects of impulsive traits in substance use and overeating: specific contributions of common assessments of impulsivity”, “Covariance among multiple health risk behaviors in adolescents”, “Adolescent consumption of sports and energy drinks: linkages to higher physical activity, unhealthy beverage patterns, cigarette smoking, and screen media use”, “Adolescent overweight, obesity and chronic disease-related health practices: mediation by body imatge”, “General and substance-specific predictors of young adult nicotine dependence, alcohol use disorder, and problem behavior: replication in two samples” i “Relative importance of individual and social factors in improving adolescent Health”.

Exercici:

- Amb les paraules clau “smoking prevention” i “exercise” usant el bolean “and” van sortir 3284 resultats. Amb el criteri d'exclusió de tots els articles de pagament van quedar 870 resultats. Després es van excloure els articles publicats més enllà de 5 anys i van sortir 302 resultats. Finalment es van excloure tots els que no fossin referents a humans i van quedar 253 resultats. D'aquests es van usar 2 articles: “Physical exercise, energy expenditure and tobacco consumption in adolescents from Murcia (Spain)” i “Clustering of risk factors with smoking habits among adults, Sousse, Tunisia”.
- Amb les paraules clau “physical activity” i “smoking initiation” usant el bolean “and” van sorgir 140 resultats. D'aquests es van excloure tots els publicats abans de 5 anys enrere i van quedar 60 resultats. D'aquests s'han usat 3 articles: “Sociocultural determinants of tobacco smoking initiation among university students in Bucaramanga, Colombia, 2012”, “Initial insight into why physical activity may help prevent adolescent smoking uptake” i “Smoking and physical activity interrelations in health science students. is smoking associated with physical inactivity in young adults?”

Relació amb els pares:

- Amb les paraules clau “relationship between Young people with their parents” i “smoking” usant el bolean “and” van sortir 144 resultats. Excloent tots els articles publicats fa més de 5 anys enrere queden 62 resultats. D'aquests s'ha usat: “Smoking in movies and adolescent smoking initiation: longitudinal study in six european countries”.
- Amb les paraules clau “relationship between parents” , “ teen” i “smoking initiation” usant el bolean “and” van sortir 36 resultats. Excloent aquells publicats fa més de 5 anys van quedar 16 resultats. D'aquests han estat usats 3: “School, family and adolescent smoking”, “Smoking in movies and adolescent smoking initiation: longitudinal study in six European countries”

i “Smoking initiation and personal characteristics of secondary students in Hong Kong”.

- Amb les paraules clau “parent-child communication” i “tobacco” usant el bolear “and” van sortir 49 resultats. Es van excloure els publicats fa més de 5 anys i van quedar 10 resultats. D’aquests han estat usats 3: “Influence of perceived parent and peer endorsement on adolescent smoking intentions: parents have more say, but their influence wanes as kids get older”, “Do parents have any influence over how young people appraise tobacco images in the media?”, “Peer, parent and media influences on adolescent smoking by developmental stage”.

Assertivitat:

- Amb les paraules clau “assertiveness”, “esteem” i “smoking” usant el bolear “and” van sortir 7 resultats. D’aquests s’ha usat 1 article: “[Protective factor promotion program with a view to limiting tobacco and alcohol consumption among secondary students]”.

Autoestima:

- Amb les paraules clau “esteem”, “smoking” i “adolescents” usant el bolear “and” van sortir 250 resultats. Excloent aquells publicats fa més de 5 anys van quedar 53 resultats. D’aquests han estat usats 4 articles: “Weaker self-esteem in adolescence predicts smoking”, “Predictors of smoking among Swedish adolescents”, “We do not smoke but some of us are more susceptible than others: a multilevel analysis of a sample of Canadian youth in grades 9 to 12”, i “Relative importance of individual and social factors in improving adolescent Health”.
- Amb les paraules clau “esteem” i “smoking initiation” usant el bolear “and” van sortir 32 resultats. D’aquests es van excloure els publicats abans de 5 anys i van quedar 8 resultats. D’aquests s’ha usat: “Resisting smoking when a best friend smokes: do interpersonal and contextual factors matter?”

Relació amb els companys:

- Amb les paraules clau “peer pressure”, “smoking” i “ youth” usant el bolear “and” van sortir 180 resultats. Excloent els publicats fa més de 5 anys van quedar 43 resultats. D’aquests han estat usats 6 articles: “The impacts of media messaging and age and sex variance on adolescents smoking habits in Croatia”, “Substance use by egyptian youth: current patterns and potential avenues of prevention”, “Smoking among saudi students: a review of risk factors and early intentions if smoking”, “Longitudinal study of adolescents’ attempts to promote and deter friends’ smoking behavior”, “[Motivations for tobacco consumption among adolescents in an urban high school] i “The impact of active and passive peer influence on young adult smoking: an experimental study”.

TIC:

- Amb les paraules clau “ social networks” i “ smoking initiation” usant el bolear “and” van sortir 524 resultats. Es van excloure els publicats abans de 5 anys i van quedar 166 resultats. D’aquests han estat usats 3 articles: “Effects of delf-reported home smoking restriction on smoking initiation among adolescents in taiwan: a prospective cohort study”, “Social networks and smoking: exploring the effects of peer influence and smoker popularity through simulations” i “Social distance and homophily in adolescent smoking initiation”.
- Amb les paraules clau “Facebook” i “smoking” usant el bolear “and” van sortir 34 resultats. D’aquesuts es van usar 3 articles: “From the classroom to facebook: a fresh approach for youth tobacco prevention”, “The interplay of friendship networks and social networking sites: longitudinal analysis of selection and influence efects on adolescent smoking and alcohol use” i “Peer influence: the impact of online and offline friendship networks on adolescent smoking and alcohol use”.
- Amb les paraules clau “smoking” i “internet social networks” usant el bolear “and” van sortir 266 resultats. Excloent els publicats abans de 5 anys van quedar 157 resultats. D’aquests han estat usats 3 resultats:

“Using twitter to examine smoking behaviour and perceptions of emerging tobacco products”, “Sentiment analysis on smoking in social networks” i “Measuring interactivity on tobacco control websites”.

- Amb les paraules clau “internet communication technologies” i “smoking initiation” usant el bolean “and” van sortir 4 resultats. D’aquests han estat usats 2 articles: “Prospective influence of music-related media exposure on adolescent substance use initiation: a peer group mediation model” i “[Aiming for the adolescent market: internet and videogames, the new strategies of tobacco industry]”.

Addicció:

- Amb les paraules clau “smoking” i “tobacco addiction” usant el bolean “and” van sortir 3490 resultats. D’aquests es van extreure tots els publicats abans de 5 anys i van quedar 1385 resultats. Després es va usar el criteri d’inclusió de les revisions i van quedar 215 resultats. Finalment exclouent tots els que no es referien a humans ens van quedar amb 198 resultats. D’aquests ha estat usat: “Systematic review of social networks analysis in adolescent cigarette smoking behavior”

Factors que influeixen als joves a fumar:

- Amb les paraules clau “Factors that influence young people to start smoking” amb el que van sortir 22 resultats. Dels quals han estat usats 2: “Prospective on smoking initiation and maintenance: a qualitative exploration among singapore youth” i “Smoking in young adult african americans”.

2.2 POBLACIÓ

La població a la qual va dirigida la futura GPC és als professionals de la salut del l'àmbit de l'Atenció Primària. Les recomanacions incloses a la Guia van orientades als pre-adolescents, joves d'entre 8 i 11 anys, ja que l'inici en el consum diari es situa en 14,6 i 14,5 anys, en homes i dones respectivament. Vegeu en **l'annex 1**, la taula de característiques del consum de tabac entre els estudiants d'Ensenyança Secundària de 14 a 18 anys segons sexe a Espanya 2000-2012 (2).

La prevenció ha d'iniciar-se immediatament abans del primer gran increment, que es produeix entre el 14 i els 15 anys del consum. En la mesura en el que es produeix en el nostre medi, al final del primer cicle de l'Educació Secundària Obligatòria, la prevenció ha de realitzar-se, al inici del cicle, quan els escolars tenen entre 12 i 13 anys (13).

2.3 ÀMBIT ASSISTENCIAL

L'àmbit assistencial al qual es dirigeix la futura GPC és l'Atenció Primària ja que és on acudeixen els nens a rebre atenció i seguiment sanitària i on s'emmarquen el Programa del Nen Sa i el Programa Salut i Escola, tot i que aquest últim només es troba en escoles públiques.

Les recomanacions es poden donar tant en el centre de salut, com escoles infantils, centres d'educació primària, secundària, en la comunitat o a qualsevol àmbit on es trobin nens i adolescents (60).

2.4 PROCÉS ASSISTENCIAL

El procés assistencial el qual es dirigirà la GPC és la prevenció, ja que aquesta permet incrementar els nivells de salut de la població, evitant que emmalalteixi, a un cost menor, en comparació als alts costos que genera l'atenció de la salut recuperativa (61).

L'epidemiologia de la iniciació tabàquica situa als primers consum en el primer cicle de l'educació secundària i indica que en la seva explicació intervenen determinants de tipus personal, sociocultural i de l'entorn. D'acord amb aquests factors, és possible dissenyar iniciatives comunitàries i mesures per controlar la conducta fumadora (13).

2.5 FORMULACIÓ DE LES PREGUNTES GENÈRIQUES I ESPECÍFIQUES

L'objectiu d'aquest punt és elaborar les preguntes a partir de les qual el grup elaborador començarà la cerca per tal de poder crear les futures recomanacions. Aquestes preguntes donaran una resposta concreta als objectius marcats i han de reflectir tots els problemes formulats. Les preguntes per tant, han de ser clares, precises i específiques per facilitar la cerca i la revisió de l'evidència científica i així evitar recomanacions poc ajustades als problemes que planteja el PGCP (62).

Per passar d'una pregunta genèrica a una específica s'usa el mètode PICO, ja que té en compte els següents components: a) pacients; b) intervenció; c) comparació, es refereix a l'alternativa a la intervenció a estudi i; d) resultats (outcomes) (62).

Pregunta genèrica: Millorant els hàbits de vida previndríem el tabaquisme en joves?

Preguntes específiques:

- Els joves usen el tabac com a mètode d'aprimament?
- Un consum elevat de fibra és un factor protector front el tabaquisme?
- Quin tipus d'exercici és el més adequat per prevenir el tabaquisme en els joves?
- Els esports col·lectius protegeixen més del tabaquisme que els individuals?
- El consum de begudes energètiques afavoreix el tabaquisme juvenil?

Pregunta genèrica: Quins factors psicològics tenen un paper protector en front el tabac en joves?

Preguntes específiques:

- Potenciant l'autoestima dels pre-adolescents s'aconsegueix una major acceptació d'un mateix i per tant menys predisposició de consumir tabac?
- Una intel·ligència emocional desenvolupada en els adolescents és un factor protector davant del consum de tabac?

Pregunta genèrica: Quins factors socials influeixen el l'inici del consum de tabac en pre-adolescents?

Preguntes específiques:

- Potenciar la bona relació amb els pares, amics i companys disminueix el risc de consumir substàncies tòxiques?
- La qualitat de comunicació amb els pares interfereix en l'adquisició d'hàbits tòxics dels fills?
- L'ús de les xarxes socials entre els adolescents és un factor que augmenta el risc de consumir tabac?
- Recomanacions per un consum responsable de les TIC pot disminuir el risc de consum de substàncies tòxiques?

2.6 CONSTITUCIÓ I FUNCIONAMENT DEL GRUP ELABORADOR

Constitució del grup elaborador:

En aquest punt es defineix el grup elaborador, aquest és una peça clau per l'èxit del projecte, és important que aquests sigui multidisciplinar per garantir que: totes les àrees professionals relacionades estan representades; tota la informació científica rellevant sigui localitzada i avaluada adequadament; s'identifiquin i es tractin els problemes pràctics derivats de l'ús de les guia; i es minimitzin les barreres en l'ús de les GPC (62).

Els perfils que componen el grup elaborador de la futura GPC són:

- Líder: ha de ser un infermer/a especialista en pediatria ja que és la que tracta amb els nens de fins a 16 anys, franja d'edat que inclou als pre-adolescents. Aquesta haurà de tenir coneixements de tabaquisme juvenil. Aquest també assumirà les tasques de coordinador tècnic o encarregat de la logística. Serà Important que el professional sigui coneixedor de les bases sobre com liderar el disseny d'una GPC basada en l'evidència científica.
- Clínics: aquest grup estarà format per diferents professionals sanitaris. Seran professionals assistencials, amb gran experiència clínica, docent i investigadora. Hauran de disposar d'experiència en el sector, ja que s'encarregaran de l'elaboració de la formulació de les recomanacions. Els clínics necessaris seran: 3 professionals d'infermeria i 3 metges de família, tots de l'àmbit d'atenció primària.
- Expert/a en metodologia: serà un infermer/a d'atenció primària expert amb investigació i elaboració de GPC. D'aquesta manera tindrà una tasca important en el desenvolupament d'una correcta lectura crítica i síntesi de la informació obtinguda, treballant juntament amb els clínics. Per la seva experiència, habilitats i coneixements de les diferents fonts bibliogràfiques i estratègies de recerca també realitzarà la tasca de documentalista.
- Pacients/cuidadors: aquests no estaran inclosos dins del grup elaborador, tot i que es tindrà en compte l'opinió i la seva visió en el desenvolupament de la GPC tant dels pre-adolescents com dels seus pares, ja que contribuirà en l'elaboració del material de manera positiva (62).
- Col-laborador expert: aquest rol el durà a terme un infermer/a clínica de l'àmbit d'atenció primària experta tant en pediatria com en tabaquisme, alhora que ha de contar amb cert prestigi en les dues matèries esmentades.

La planificació del funcionament del grup elaborador ha de potenciar el treball en equip i la eficàcia, a la vegada que ajudarà a que es realitzin les tasques en el temps establert de la futura Guia.

El grup es reunirà amb tots els membres de l'equip interdisciplinari per debatre, organitzar i posar en comú el treball a realitzar. Es repartiran les preguntes segons l'experiència i coneixement de cada membre, a la vegada que es formaran grups més reduïts per facilitar el treball. Es consensuarà l'estructura, la manera de treballar i es realitzarà un cronograma per ajustar les activitats al temps establert. En les posteriors reunions s'establirà el llistat definitiu de preguntes i les recomanacions que sorgeixin d'aquestes, aportant l'evidència científica corresponent. A la vegada, es prioritzaran les recomanacions i s'avaluaran segons el grau d'evidència aportada.

Per últim, una vegada aprovades les recomanacions proposades, es passarà a desenvolupar el esborrany final de la GPC, la qual serà avaluada i verificada pels revisors.

2.7 REVISIÓ EXTERNA

Quan el grup elaborador disposi del borrador avançat de la Guia és important dur a terme una fase de revisió externa independent. Aquesta etapa és fonamental per matisar i enriquir la Guia així com per assegurar l'exactitud de les seves recomanacions. Aquests processos augmentaran la validesa externa de la Guia i les seves recomanacions, i facilitarà que el producte final sigui més realista en l'entorn al que anirà dirigit (62).

El grup de revisors externs estarà format per 12 persones, entre ells han d'haver-hi 1 metge d'atenció primària especialista en pediatria, 3 infermeres d'atenció primària especialistes en pediatria, 2 pre-adolescents, 4 pares, 1 psicòleg i una infermera inclosa en el programa de salut i escola.

Els professionals d'atenció primària tant el metge com les infermeres i la infermera del Programa Salut i Escola són importants ja que estan especialitzats

en tractar amb joves de l'edat als quals va dirigida la GPC, per tant són els idonis en valorar si les recomanacions de la GPC són les adequades pels joves.

Els pre-adolescents i els pares són necessaris per valorar si són realistes les recomanacions i assumibles per a ells.

I el psicòleg pot ajudar a valorar tot el que està relacionat amb els factors intrapersonals dels joves, per indicar si les recomanacions poden ajudar als joves a millorar la seva salut psíquica i fer-los més resistents a les conductes nocives.

2.8 CLAUS PER LA IMPLEMENTACIÓ DE LA GUIA

La implementació és la introducció de l'evidència científica a la pràctica en un entorn clínic. Segons Grol et al. la implementació correspon a un procés planificat per a la introducció de manera sistemàtica de canvis de valor provat, per ser portats a terme en un entorn concret a diferents nivells de decisió (servei clínic, organització o sistema sanitari). Un procés adequat per afavorir l'ús de les Guies passa per identificar les barreres i els factors facilitadors, el plantejament d'objectius i l'establiment de mètodes o estratègies idonis a l'entorn i als problemes identificats (62).

Per facilitar la utilització i l'aplicació de les recomanacions de la futura Guia es planificarà amb anterioritat la seva correcta implementació en el àmbit al qual va dirigida, en aquest cas a l'atenció primària. La primera fase de la implementació ha de començar per proporcionar informació al personal sanitari que treballa amb nens, com els centres d'atenció primària, unitats de pediatria, escoles, etc. A la vegada que s'estendrà a la comunitat o qualsevol àmbit on es trobin nens o adolescents.

Un aspecte important en la implementació d'una GPC és el seu disseny. Per això és imprescindible tenir en compte alguns factors tals com: a) utilitzar un llenguatge clar, fàcilment comprensible per a clínics no especialistes; b) les recomanacions seran redactades de forma específica i no ambigua; c) les àrees amb escassa evidència científica i amb incertesa en les recomanacions seran indicades de manera explícita; d) es descriuran les abreviatures la primera

vegada que apareguin en el text; i e) les taules seran clares i aportaran informació no continguda en el text (62).

La versió completa de la GPC presenta totes les recomanacions a més d'informació sobre la metodologia utilitzada i l'evidència científica en què es basa. L'estructura per a la versió completa inclou els següents apartats: índex, autoria i col·laboracions, preguntes per respondre, resum de les recomanacions, introducció, abast i objectius, metodologia, capítols clínics, estratègies diagnòstiques i terapèutiques, difusió i implementació, recomanacions de recerca futura i annexos (62).

El disseny serà senzill i amè. La Guia no inclourà algorismes, ja que no es considera necessari. S'utilitzarà el format de butxaca sempre disponible pel professional que el requereixi amb les portades plastificades, per fer-lo resistent.

La GPC estarà disponible en format paper i en format electrònic.

Les recomanacions s'han de realitzar d'una manera objectiva, explícita i ordenada. Per fer-les s'usarà el mètode SIGN ja que té en compte la qualitat de l'evidència científica alhora de respondre les preguntes formulades, això significa que com més elevada sigui l'evidència menor serà la probabilitat que estudis posteriors modifiquin l'efecte observat. I a més a més té en compte força de les recomanacions alhora de graduar-les segons la confiança de que aquesta recomanació durà beneficis sense complicacions, vegeu **annexes 2 i 3** (62).

3. DISCUSSIÓ

Un cop realitzada la cerca bibliogràfica es pot concloure que el tabaquisme és un problema de salut a Espanya, comportant greus conseqüències en la salut de la població.

El tabaquisme provoca al voltant de 6 milions de morts cada any. Cap al 2030 aquesta xifra augmentarà fins al 7,5 milions. A més a més s'estima que el tabaquisme causa aproximadament el 71% dels casos de càncer de pulmó, el 42% de les malalties respiratòries cròniques i al voltant del 10% de les malalties cardiovasculars (1).

L'hàbit de fumar comença, habitualment, en l'adolescència, convertint-se en addictes a l'edat adulta, moment en el qual deixar de fumar és quasi una quimera (7). Tenint en compte que els joves que han consumit tabac alguna vegada a la vida són el 27,1% als 14 anys i augmenta al 59,1% als 18 anys, es pot dir que el tabaquisme segueix sent un problema de salut pública (2). Els joves segueixen iniciant-se en el tabaquisme durant el seu desenvolupament per diversos motius. La majoria de vegades segueix sent una qüestió social, ja sigui per influència directe del grup o de la família o per influències indirectes com poden ser mitjançant les TIC o els hàbits de vida.

El tabaquisme juvenil és un problema de salut pública i com a tal s'hauria de tractar des de molts punts de vista i des de diferents àmbits. El rol de la infermera és rellevant perquè és la que s'ha d'encarregar de la prevenció del tabaquisme, i dur aquesta feina ha d'anar més enllà de les consultes, estenent aquestes mesures de salut pública a les famílies per tal que prenguin les mesures necessàries per evitar el tabaquisme juvenil, utilitzant inclús les noves tecnologies.

Avui en dia les TIC són eines que s'utilitzen a diari tant per l'oci com a nivell laboral o d'estudis i és un tema que també s'ha de treballar, ja que com s'ha vist aquestes TIC poden influir en l'adquisició d'hàbits. Mitjançant les TIC els joves reben molts imputs que els poden influir alhora d'adquirir hàbits tòxics. Ja que no es pot evitar que aquests imputs els arribin d'un manera o d'altre és important que entre tots, sanitaris, família i escola, capacitem als joves i fer-los crítics perquè de manera assertiva puguin rebutjar allò que no els convingui.

En quan al sistema sanitari els problemes de salut que es deriven del tabaquisme causen pèrdues econòmiques valorades en més de mig billó de dòlars (1). Això seguiran sent així ja que actualment es destinen més diners al tractament de malalties que a la prevenció tot i que la prevenció suposa millors resultats per a la salut (63). Per tant és important que es destinin recursos cap a la prevenció per tal de fer un millor ús dels recursos econòmics. Si es destinen més diners a la prevenció es podrà, a la llarga, millorar la salut de la població, ja que suposa com ja s'ha explicat anteriorment millors resultats per a la salut. Així doncs, si

s'eviten malalties prevenibles es poden destinar els esforços cap a altres problemes de salut.

Com s'ha comentat durant el PGPC els professionals encarregats de desenvolupar-la i posar-la en pràctica és el personal d'infermeria. Els infermers/es són les que tenen la formació i les eines necessàries per a dur les tasques de prevenció per intentar que els joves en aquest cas no adquireixin hàbits de vida nocius per a la seva salut. A més a més segons l'enquesta ESTUDES els professionals sanitaris són, conjuntament amb les persones que han tingut relació amb les drogues, les vies per rebre documentació que els estudiants més valoren en l'actualitat, és a dir, que es reclama una major implicació del sector sanitari en la divulgació i formació sobre drogues (2). Per tant, els professionals sanitaris són considerats una via d'informació sobre drogues molt desitjable per una major proporció d'estudiants, pel qual serà convenient dotar-los d'una eina, com és un PGPC, específica pels joves.

Tot i això les infermeres de l'àmbit pediàtric, que són les que atenen els joves als quals aniran dirigides les recomanacions de la futura GPC, no són les úniques que poden fer ús d'aquesta GPC. Es creu convenient que les infermeres de qualsevol àmbit tinguin els coneixements o les bases per tal de poder ajudar als joves o als seus familiars ja que els aquests últims també poden usar eines per a evitar que els seus fill s'iniciïn en el consum. Per aquest motiu aquesta GPC és útil que la coneguin i la puguin usar qualsevol infermera de qualsevol àmbit, ja que entre tot el col·lectiu es pot ajudar a millorar la salut pública de tots.

Per últim durant els últims anys s'ha vist com les taxes de tabaquisme han disminuït, però des de fa uns anys les xifres estan estancades, vegeu **Annex 4**. Per aquest motiu és necessari seguir treballant per tal que aquestes xifres es redueixin al màxim. Per aquesta raó cal seguir buscant noves línies d'investigació per tal de trobar nous recursos. D'aquestes noves línies es creu convenient investigar més dins de les TIC.

Les TIC han evolucionat molt en els últims anys, no només entre els joves sinó també entre els professionals de la salut. Es fa necessari estudiar si realment la infermeria 2.0 és útil per fer prevenció entre els joves. Però també s'hauria de

estudiar quin ús fan els joves de les noves tecnologies i com afecten aquestes en l'adquisició d'hàbits tòxics.

També es creu convenient que s'estudiï més els factors pels quals els joves espanyols s'inicien al tabaquisme, ja que els factors culturals tenen un paper fonamental i actualment hi ha pocs estudis de la nostre població.

De la mateixa manera que afecta la cultura dels joves, també hi ha una diferència segons el gènere de la persona i per tan falten estudis amb prespectiva de gènere, que diferenciïn per gènere els factors protectors i/o predisposant a tenir conductes tòxiques.

Finalment hi ha forces estudis que parlen del principi de l'adolescència i ens indiquen quins factors influeixen en aquestes edats primerenques, de la mateixa manera passa amb els anys més tardans, però hi ha una franja d'edat en la qual no s'indiquen factors propis d'aquesta. Si s'estudiessin totes les franges d'edat es podria actuar en cada una per tal de donar recomanacions més adaptades en cada cas i en cada moment del desenvolupament de l'adolescent.

4. BIBLIOGRAFIA

1. Organization WH. Tabaquismo Ginebra2015 [Available from: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>].
2. Ministerio de Sanidad S Sel. Informe 2013: alcohol, tabaco y otras drogas ilegales en España. Madrid: Gobierno de España; 2013.
3. Ballvé Moreno J, Bladé Creixent J, Borràs i Martorell M, Granollers Mercader S, Morera Jordán C, Serra Abella A, et al. GPC: Detecció i tractament del consum de tabac Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009. Available from: https://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_tabac.pdf.
4. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia per a la prevenció i el control del tabaquisme des de l'àmbit pediàtric. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2003. Available from: <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1198>.
5. Departament de salut. La salut de la A a la Z Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015 [Available from: http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/salut_az/t/tabac/].
6. Matthee R. Tabac: Una història social del seu consum. L'Avenç, revista d'història [Internet]. 1998:[40-3 pp.].
7. Jiménez L, Bascarán MT, García-Portilla MP, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. La nicotina como droga2004; 16:[143-53 pp.].
8. Zaragoza J, Llanos M. Tabaco y salud. AC, editor. Madrid: AC; 1980. 85-109 p.
9. Jané M. Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. Barcelona: Adicciones; 2004. p. 115-28
10. Córdoba R, Villalbí JR, Salvador T, López V. El proceso en España de la adopción de una legislación eficaz para la prevención del tabaquismo. Madrid: Rev. Esp. Salud Publica; 2006. p. 631-45.
11. Cáncer AE Ce. Ley de tabaco Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2015 [Available from: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/prevencion/tabaco/paginas/leydetabaco.aspx>].
12. Euroresidentes. Las distintas etapas de la adolescencia Madrid: Euroresidentes; 2012 [Available from: <http://www.euroresidentes.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm>].

13. Ariza C, Nebot M. La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. 2004; 16:[359-75 pp.].
14. Chen H, Saad S, Sandow SL, Bertrand PP. Cigarette smoking and brain regulation of energy homeostasis. *Front Pharmacol.* 2012;3:147.
15. De la Haye K, D'Amico EJ, Miles JN, Ewing B, Tucker JS. Covariance among multiple health risk behaviors in adolescents. *PLoS One.* 2014;9(5):e98141.
16. Larson N, Dewolfe J, Story M, Neumark-Sztainer D. Adolescent consumption of sports and energy drinks: linkages to higher physical activity, unhealthy beverage patterns, cigarette smoking, and screen media use. *J Nutr Educ Behav.* 2014;46(3):181-7.
17. Rodríguez García PL, López Villalba FJ, López Miñarro P, García Cantó E. Physical exercise, energy expenditure and tobacco consumption in adolescents from Murcia (Spain). *Arch Argent Pediatr.* 2014;112(1):12-8.
18. Maatoug J, Harrabi I, Hmad S, Belkacem M, Al'absi M, Lando H, et al. Clustering of risk factors with smoking habits among adults, Sousse, Tunisia. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:E211.
19. Afanador LeP, Radi DS, Pinto LE, Pinzón CE, Carreño MF. Sociocultural Determinants of Tobacco Smoking Initiation among University Students in Bucaramanga, Colombia, 2012. *Int J Prev Med.* 2014;5(9):1106-12.
20. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Cuevas J, Sass J. Initial insight into why physical activity may help prevent adolescent smoking uptake. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132(3):471-8.
21. Papathanasiou G, Papandreou M, Galanos A, Kortianou E, Tsepis E, Kalfakakou V, et al. Smoking and physical activity interrelations in health science students. Is smoking associated with physical inactivity in young adults? *Hellenic J Cardiol.* 2012;53(1):17-25.
22. Beaton D, Abdi H, Filbey FM. Unique aspects of impulsive traits in substance use and overeating: specific contributions of common assessments of impulsivity. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2014;40(6):463-75.
23. Almanza SE, Pillon SC. [Protective factor promotion program with a view to limiting tobacco and alcohol consumption among secondary students]. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2004;12 Spec No:324-32.

24. Joffer J, Burell G, Bergström E, Stenlund H, Sjörs L, Jerdén L. Predictors of smoking among Swedish adolescents. *BMC Public Health*. 2014;14:1296.
25. Tucker JS, Edelen MO, Go MH, Pollard MS, Green HD, Kennedy DP. Resisting Smoking When a Best Friend Smokes: Do Intrapersonal and Contextual Factors Matter? *J Res Adolesc*. 2012;22(1):113-22.
26. Farhat T, Iannotti RJ, Caccavale LJ. Adolescent overweight, obesity and chronic disease-related health practices: mediation by body image. *Obes Facts*. 2014;7(1):1-14.
27. Hargreaves DS, McVey D, Nairn A, Viner RM. Relative importance of individual and social factors in improving adolescent health. *Perspect Public Health*. 2013;133(2):122-31.
28. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández MA, Redondo-Olmedilla M, Nieto C, Pulido IJ, Gallardo IM. [Motivations for tobacco consumption among adolescents in an urban high school]. *Gac Sanit*. 2012;26(1):51-7.
29. Subramaniam M, Shahwan S, Fauziana R, Satghare P, Picco L, Vaingankar JA, et al. Perspectives on Smoking Initiation and Maintenance: A Qualitative Exploration among Singapore Youth. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(8):8956-70.
30. Bailey JA, Samek DR, Keyes MA, Hill KG, Hicks BM, McGue M, et al. General and substance-specific predictors of young adult nicotine dependence, alcohol use disorder, and problem behavior: replication in two samples. *Drug Alcohol Depend*. 2014;138:161-8.
31. Yañez A, Leiva A, Gorreto L, Estela A, Tejera E, Torrent M. School, family and adolescent smoking. *Adicciones*. 2013;25(3):253-9.
32. Scalici F, Schulz PJ. Influence of perceived parent and peer endorsement on adolescent smoking intentions: parents have more say, but their influence wanes as kids get older. *PLoS One*. 2014;9(7):e101275.
33. Mulassi AH, Borracci RA, Calderón JG, Vinay P, Mulassi M. Social networks on smoking, alcohol use and obesity among adolescents attending a school in the city of Lobos, Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(6):474-84.
34. Harakeh Z, Vollebergh WA. The impact of active and passive peer influence on young adult smoking: an experimental study. *Drug Alcohol Depend*. 2012;121(3):220-3.

35. Morgenstern M, Sargent JD, Engels RC, Scholte RH, Florek E, Hunt K, et al. Smoking in movies and adolescent smoking initiation: longitudinal study in six European countries. *Am J Prev Med.* 2013;44(4):339-44.
36. Huang GC, Soto D, Fujimoto K, Valente TW. The interplay of friendship networks and social networking sites: longitudinal analysis of selection and influence effects on adolescent smoking and alcohol use. *Am J Public Health.* 2014;104(8):e51-9.
37. Myslín M, Zhu SH, Chapman W, Conway M. Using twitter to examine smoking behavior and perceptions of emerging tobacco products. *J Med Internet Res.* 2013;15(8):e174.
38. Slater MD, Henry KL. Prospective influence of music-related media exposure on adolescent substance-use initiation: a peer group mediation model. *J Health Commun.* 2013;18(3):291-305.
39. Barrientos T, Barrientos I, Reynales LM, Thrasher JF, Lazcano E. [Aiming for the adolescent market: internet and video games, the new strategies of the tobacco industry]. *Salud Publica Mex.* 2012;54(3):303-14.
40. Tang SM, Loke AY. Smoking initiation and personal characteristics of secondary students in Hong Kong. *JAN.* 2012; p. 1-12.
41. Saari AJ, Kentala J, Mattila KJ. Weaker self-esteem in adolescence predicts smoking. *BioMed Reserch International*; 2015. p. 1-5.
42. KM A. Smoking among Saudi students: a review of risk factors and early intentions of smoking. *J Community Health*; 2014. p. 901-7.
43. Loffredo C, Boulos D, Saleh D, Jillson I, Garas M, Loza N. Substance use by Egyptian youth: current patterns and potential avenues for prevention. *JAN*; 2015. p. 609-18.
44. Mayer D, Simetin I, Rodin U, Benjak T, Puntarić E, Puntarić I. The impacts of media messaging and age and sex variance on adolescent smoking habits in Croatia. *J Addict Med.* p. 147-54.
45. Luh DL, Chen HH, Yen AM, Wang TT, Chiu SY, Fann CY, et al. Effect of self-reported home smoking restriction on smoking initiation among adolescents in Taiwan: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2015;5(6):e007025.

46. Kaai SC, Brown KS, Leatherdale ST, Manske SR, Murnaghan D. We do not smoke but some of us are more susceptible than others: a multilevel analysis of a sample of Canadian youth in grades 9 to 12. *Addictive Behaviors*; 2014. p. 1329-36.
47. Jones PR, Cohen MZ, McIlvain HE SM, Scott A. Smoking in young adult african americans. *JAN*; 2014. p. 1117-27.
48. Huang GC, Unger JB, Soto D, Fujimoto K, Pentz MA, Jordan-Marsh M, et al. Peer influences: the impact of online and offline friendship networks on adolescent smoking and alcohol use.: *J Adolesc Health.* ; 2014. p. 508-14.
49. Brady SS, Morrell HE, Song AV, BL. H-F. Longitudinal study of adolescents' attempts to promote and deter friends' smoking behavior.: *J Adolesc Health*; 2013. p. 772-7.
50. Schaefer DR, Adams J, SA. H. social networks and smoking: exploring the effects of peer influence and smoker popularity through simulations. *Health Educ Behav.*; 2013. p. 1-7.
51. Go MH, Tucker JS, Green HD, Pollard M, D. K. social distance and homophily in adolescent smoking initiation. *Drug Alcohol Depend*; 2012. p. 347-54.
52. Kousoulis AA, Kypouropoulos SP, Pouli DK, Economopoulos KP, Vardavas CI. From the Classroom to Facebook: A Fresh Approach for Youth Tobacco Prevention. *American Journal of Health Promotion*; 2014.
53. Freeman B, Chapman S. Measuring Interactivity on Tobacco Control Websites.
54. Sofean M, M. S. sentiment analysis on smoking in social networks. *Stud Health Technol Inform*; 2013. p. 1-5.
55. Seo D-C, Huang Y. Systematic Review of Social Network Analysis in Adolescent Cigarette Smoking Behavior. *J Sch Health*; 2012. p. 21-7.
56. Mc Cool J, Linda DC, Robinson E. Do parents have any influence over how young people appraise tobacco images in the media? : *Journal of Adolescent Health*; 2011. p. 170-5.
57. Villanti A, Boulay M, Juon H-S. Peer, parent and media influences on adolescent smoking by developmental stage. *Addictive Behaviors*; 2011. p. 133-6.

58. Martín Zurro A, Cano Pérez J. Tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias. In: Elsevier, editor. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier 2008. p. 875-82
59. Pascual F, Vicéns S. Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. Adicciones; 2004.
60. Pedraza A. Aspectos conjuntos profesionales Pediatría/Enfermería. El equipo pediátrico de Atención Primaria: aspectos formativos y asistenciales. Madrid: Rev Pediatr Aten Primaria 2011. p. 1-8.
61. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. peruana; 2011.
62. Alonso Coello P, Asensio del Barrio C, Briones Pérez de la Blanca E, Casariego Vales E, Díaz del Campo Fontecha P, Estrada Sabadell MD, et al. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2007.
63. Lillo Fernández de Cuevas JM, MC RB. Estadística de Gasto Sanitario Público 2013: Principales resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. p. 1-16.

5. ANNEXOS

5.1 Annex 1. Taula de característiques del consum de tabac entre els estudiants d'Ensenyança Secundària de 14 a 18 anys segons sexe a Espanya 2000-2012 (2)

	2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D
Nº enquestats	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.732	13.769	13.734
Edat mitja de consum	12.9	13.2	13.0	13.1	13.1	13.2	13.0	13.1	13.2	13.4	13.5	13.5	13.5	13.7
Edat mitja de consum diari	14.4	14.3	14.4	14.3	14.5	14.4	14.3	14.2	14.3	14.3	14.4	14.3	14.6	14.5

5.2 Annex 2. Taula dels nivells d'evidència científica de SING (62):

	Nivells d'evidència científica
1 ++	Metanàlisi d'alta qualitat, revisions sistemàtiques d'assajos clínics o assajos clínics d'alta qualitat amb molt poc risc de biaix
1+	Metaanàlisis ben realitzades, revisions sistemàtiques d'assajos clínics o assajos clínics ben realitzats amb poc risc de biaixos
1-	Metanàlisi, revisions sistemàtiques d'assajos clínics o assajos clínics amb alt risc de biaixos.
2 ++	Revisions sistemàtiques d'alta qualitat d'estudis de cohorts o de casos i controls. Estudis de cohorts o de casos i controls amb risc molt baix de biaix i amb alta probabilitat d'establir una relació causal
2+	Estudis de cohorts o de casos i controls ben realitzats amb baix risc de biaix i amb una moderada probabilitat d'establir una relació causal.
2-	Estudis de cohorts o de casos i controls amb alt risc de biaix i risc significatiu que la relació no sigui causal.
3	Estudis no analítics, com informes de casos i sèries de casos
4	Opinió d'experts.

5.3 Annex 3. Taula dels graus de recomanació de SING (62):

	Graus de recomanació
A	Almenys una metaanàlisi, revisió sistemàtica o assaig clínic classificat com a 1 ++ i directament aplicable a la població diana de la guia; o un volum d'evidència científica compost per estudis classificats com 1+ i amb gran consistència entre ells.
B	Un volum d'evidència científica composta per estudis classificats com a 2 ++, directament aplicable a la població diana de la guia i que demostren gran consistència entre ells; o evidència científica extrapolada des d'estudis classificats com a 1 ++ o 1+
C	Un volum d'evidència científica composta per estudis classificats com 2 + directament aplicables a la població diana de la guia i que demostren gran consistència entre ells; o evidència científica extrapolada des d'estudis classificats com a 2 ++
D	Evidència científica de nivell 3 o 4; o evidència científica extrapolada des d'estudis classificats com 2+

* Els estudis classificats com 1- i 2- no s'han d'usar en el procés d'elaboració de recomanacions pel seu alt potencial de biaix.

5.4 Annex 4. Prevalença de consum de tabac i edat mitja d'inici en el consum entre els estudiants d'Ensenyança Secundària de 14-18 anys (percentatges). Espanya 1994-2012 (2).

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Alguna vegada a la vida	60.6	61.1	63.1	61.8	59.8	60.4	46.1	44.6	39.8	13.8
Últims 12 mesos	-	-	-	-	-	-	34.0	38.1	32.1	35.3
Últims 30 dies	31.1	32.5	31.9	32.1	29.1	28.7	27.8	32.4	26.2	29.7
Diàriament els últims 30 dies	21.6	23.7	23.1	23.0	21.0	21.5	14.8	14.8	12.3	12.5
Edat mitja de inici consum	13.9	13.3	13.2	13.1	13.1	13.2	13.1	13.3	13.5	13.6
Edat mitja de inici consum diari	-	14.6	14.5	14.4	14.4	14.5	14.2	15.1	14.3	14.5