
La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro

CARLES ARIZA, MANEL NEBOT

Servei de Promoció de la Salut, Agència de Salut Pública de Barcelona

Enviar correspondencia a: Carles Ariza. Servei de Promoció de la Salut. Institut de Medicina i Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps 1. Barcelona 08023. cariza@aspb.es

RESUMEN

En los últimos años se ha reunido suficiente evidencia sobre los programas y estrategias más efectivas en la prevención del tabaquismo, de forma que es posible señalar algunas condiciones que debería observar cualquier iniciativa en este campo. La epidemiología de la iniciación tabáquica sitúa los primeros consumos en el primer ciclo de la educación secundaria e indica que en su explicación intervienen determinantes de tipo personal, socioculturales y del entorno. De acuerdo con estos factores, es posible diseñar programas preventivos dirigidos al aula (escolares), intervenciones en los medios de comunicación, iniciativas comunitarias a través de los intermediarios y medidas dirigidas a controlar la conducta fumadora en los espacios públicos, así como la distribución y venta de los productos del tabaco. Es posible seleccionar un número reducido de programas preventivos de base escolar que han mostrado ser efectivos a corto, medio y largo plazo. Más allá de los 6 meses, la efectividad de los programas para reducir el tabaquismo decrece. Se acepta que hay escasos programas preventivos buenos, pero con una suficiente excelencia, lo que permite entrever pocas posibilidades de mejora dentro del marco escolar. Los esfuerzos para el futuro deben concentrarse en ofrecer estrategias con varios componentes: de aula, de entorno escolar y de ámbito comunitario extraescolar, para aumentar la efectividad global de las intervenciones. En España, se han desarrollado algunos programas con un notable rigor en sus contenidos, si bien falta todavía reunir más evidencia sobre la efectividad de muchas de las intervenciones. En las últimas décadas, todavía con falta de estudios suficientemente rigurosos, se han desarrollado los primeros programas de cesación tabáquica en jóvenes. La metodología que parece más efectiva es la terapia cognitivo-conductual en forma de grupos de cesación.

Palabras clave: *Programas preventivos, Tabaquismo, Adolescencia, Efectividad, Cesación.*

ABSTRACT

In recent years it was joined enough evidence about the most effective smoking prevention programmes and strategies. By this reason, it is possible to point some conditions that must observe strategies in this issue. The epidemiologie of the smoking onset reported the first consumption in the first part of Compulsory Secondary school and shows that the main variables that explain the smoking behaviour are personnel, sociocultural and environmental determinants. According with these factors, it is possible to design preventive programmes adressed to the classroom (school-based), media interventions, community-based strategies through intermediaries and smoking policy measures and regulations in public places and also to control tobacco distribution and sales. It's possible to select a little number of school-based preventive programmes, that had showed to be effective at short, medium and long term. Over six months, the effectiveness of programmes to reduce smoking decrease. It is accepted today that they exist few good preventive programmes, but sufficiently excellent, so it permits to foresee few improvements in this school-based strategies. The efforts for the future have to be concentrated in offering multimodal strategies: for classrooms, for the school environment and out-school community, to increase the total effectiveness of the interventions. In Spain, some programmes were developed with rigorous contents, but with low evidence of what really works and has preventive effect. In last decades, even with lack of enough rigorous studies, the first smoking cessation programmes for young people were designed. The most effective methodology seems to be the cognitive-behavioural therapy in the way of cessation groups.

Key words: *Preventive programmes, Smoking, Adolescence, Effectiveness, Cessation.*

INTRODUCCIÓN

Ha quedado bien establecido que el consumo de tabaco es la más importante causa de mortalidad prematura e incapacidad que es prevenible¹. Se ha estimado que anualmente mueren en la Unión Europea 540.000 personas a causa del consumo de tabaco² y el año 1998 el número de muertos por este motivo en España fue de 46.000³.

El presente artículo pretende ofrecer el estado de la situación de la prevención del fenómeno del tabaquismo basada en la evidencia. En concreto, se trata de acercarse a aquellos componentes que permiten asegurar intervenciones más útiles y efectivas, especialmente con los adolescentes y jóvenes. Es conocido que el inicio del tabaquismo se produce en la adolescencia y ha demostrado ser un proceso, más que un hecho simple, en el que los adolescentes y jóvenes se mueven, no sistemáticamente, desde la experimentación hasta la consolidación, para llegar finalmente al consumo regular que caracteriza el tabaquismo adulto⁴. Por este motivo, es importante establecer las causas del tabaquismo adolescente para decidir cuál es la mejor manera de combatirlo. El conjunto de investigaciones sugieren en la actualidad que un conjunto de factores personales, socioculturales y del entorno son los determinantes principales de la conducta fumadora de los jóvenes⁵, como se revisa brevemente más adelante.

Este artículo provee también de una serie de datos sobre las intervenciones que se han considerado más efectivas en los últimos años, en lo que se refiere a programas preventivos en la escuela y su entorno, con una mención final al campo prometedor de la cesación tabáquica ya en edades jóvenes, habida cuenta de la evidencia de que dos de cada tres adolescentes se plantean ya antes de los 18 años la posibilidad de abandonar el hábito⁶.

Se inicia todo este análisis con un resumen de las características más importantes de la evidencia disponible sobre la prevención del tabaquismo en los jóvenes.

LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO BASADA EN LA EVIDENCIA

Una de las cuestiones que se hace más importante en la actualidad, después de más de dos décadas de iniciativas diversas para prevenir el consumo de tabaco entre los jóvenes, es el establecimiento de criterios para decidir qué programas e intervenciones son efectivas y cuáles no. Algunos de los programas que han mostrado ser efectivos, y a los que aludiremos más adelante en este escrito, se han desarrollado en Estados Unidos y no está claro que puedan ser implementados de la misma forma en otros países. Pudieran no adaptarse a circunstancias culturales locales o simplemente no ser igualmente efectivos en esas culturas. Por todo ello, es importante extraer de la literatura científica algunos criterios o estándares de calidad para aplicar a la prevención del tabaquismo y de otras drogodependencias en la escuela, y con los jóvenes en general (tabla 1).

En primer lugar, la prevención debe iniciarse antes inmediatamente del primer gran incremento del consumo. En la medida que en nuestro medio esto se produce al final del primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria^{7,8,9}, la prevención debería realizarse, al inicio del ciclo, cuando los escolares tienen 12 y 13 años.

La prevención ha de guiarse también por el principio de que la acción ha de estar iluminada por modelos teóricos, explicativos de las principales variables a modificar. Es decir, en la medida que vamos aumentando nuestro conocimiento de las causas que explican el fenómeno, vamos modificando y completando el modelo que transferimos después al diseño de los programas e intervenciones¹⁰.

Los mejores programas preventivos son los basados en el tratamiento de las normas y las competencias sociales, y en el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social^{11,12}. El tratamiento de las influencias sociales en la prevención del tabaquismo se basa en la idea de que la

Tabla 1. La prevención del tabaquismo basada en la evidencia

1. La prevención debe iniciarse antes inmediatamente del primer gran incremento del consumo.
2. La prevención ha de guiarse por el principio de acción iluminada por modelos teóricos explicativos de las variables a modificar.
3. Los mejores programas preventivos son los basados en el tratamiento de las normas y las competencias sociales, y en el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social.
4. Las intervenciones deben ser múltiples y ajustarse al estadio cronológico del proceso de iniciación y consolidación del hábito.
5. Los programas deben ser preferiblemente de base comunitaria con impacto sobre el aula (y el escolar), el entorno escolar y la comunidad.
6. La prevención debe enmarcarse en el desarrollo complementario de unas políticas públicas adecuadas.
7. Los mensajes preventivos sobre los escolares deben acompañarse de una política de espacios sin humo en el medio escolar.
8. Las intervenciones preventivas en el medio escolar son efectivas a corto término, siendo el mantenimiento del efecto a medio y largo término mucho menor.

identificación en el aula de la presión social directa e indirecta para fumar ayudará a prevenir el consumo del tabaco. Por otro lado, a pesar de que todavía no hay suficiente evidencia sobre la forma en que el entrenamiento de habilidades de rechazo potencia la autoestima y fortalece la personalidad¹¹, parece que esta metodología debe ser considerada dentro de las estrategias preventivas escolares.

Se ha postulado también que las intervenciones deben ser múltiples y ajustarse al estadio cronológico del proceso de iniciación y consolidación del hábito. Entre los programas más efectivos, como se verá posteriormente, es común las sesiones de refuerzo y la extensión de las estrategias preventivas a dos o tres cursos lectivos. Reforzaría esta idea el hecho de que no es lo mismo intervenir sobre la iniciación, sobre la experimentación o sobre la consolidación para invitar a la cesación. No obstante, todavía no hay suficiente evidencia que los programas con sesiones de refuerzo o con mayor intensidad

de sesiones en su formato sean más efectivos que otros programas más breves¹³.

En cambio, la evidencia de que los programas deben ser preferiblemente de base comunitaria con impacto sobre el aula (y el escolar), el entorno escolar y la comunidad es concluyente¹¹. Por intervenciones comunitarias se entiende intervenciones sobre el medio familiar, campañas utilizando los medios de comunicación social, así como la movilización de intermediarios sociales para crear un clima social favorable a la prevención. En este sentido, la prevención debe enmarcarse en el desarrollo complementario de unas políticas públicas adecuadas y los mensajes preventivos sobre los escolares deben acompañarse de una política de espacios sin humo en el medio escolar. La efectividad de estas medidas está actualmente fuera de duda¹⁴. Se tiende a considerar estas medidas como propias de un nivel "macro" que dé soporte a las acciones escolares o directas con los jóvenes que representarían

un nivel "micro" dentro de un marco de prevención global¹⁵.

Finalmente, hay un amplio acuerdo en que las intervenciones preventivas en el medio escolar son efectivas a corto término, siendo el mantenimiento del efecto a medio y largo término mucho menor⁵. También se cree que el efecto de los programas preventivos de prevención primaria del tabaquismo parece ser mucho menor del inicialmente esperado¹⁶. Por este motivo, se considera necesario la utilización de programas o estrategias evaluadas que hayan demostrado su efectividad¹⁷. Sólo una selecta muestra de programas de prevención del tabaquismo ha mostrado ser efectivo¹⁶.

¿POR QUÉ FUMAN LOS JÓVENES?

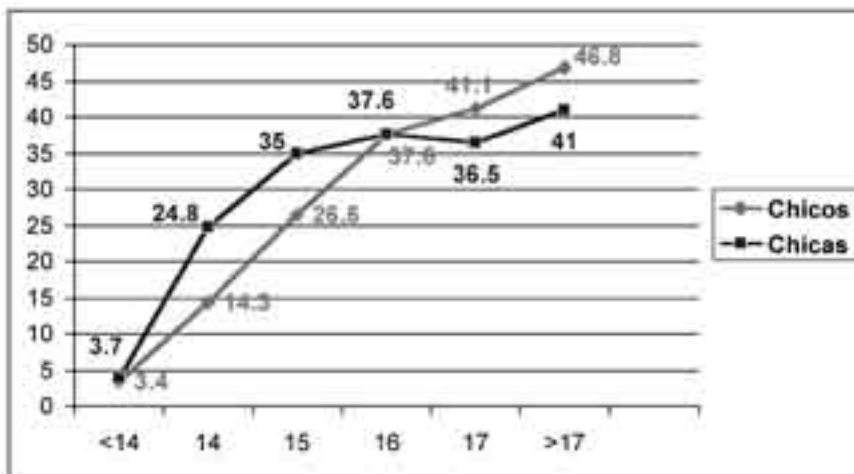
A pesar de que el objetivo de este escrito no es profundizar en la epidemiología del hábito tabáquico entre los jóvenes, sí parece interesante sintetizar brevemente algunos de los hechos establecidos sobre el proceso de iniciación del hábito y los principales determinantes que ayudan a explicarlo. En

el segundo enunciado de la tabla 1 se afirma que la prevención ha de guiarse por el principio de la acción iluminada por modelos teóricos explicativos de las variables a modificar. De acuerdo con ello, es importante concebir los programas preventivos del tabaquismo como estrategias basadas en los principales determinantes que ayudan a explicar la conducta. Por tanto, y siguiendo a Stead⁵, se consideran a continuación los tres grupos más importantes de factores explicativos de este proceso: los personales, los socioculturales y los del entorno (ver tabla 2).

Epidemiología de la iniciación en el hábito

Las encuestas en adolescentes en nuestro medio muestran que 1 de cada 5 chicos y 1 de cada 3 chicas fuman diariamente a los 16 años⁸. En los países desarrollados el patrón de inicio es semejante en ambos sexos, produciéndose la experimentación de fumar entre los 12 y 14 años, según los estudios, y coincidiendo, como se ha indicado previamente con el inicio de la escuela secundaria^{8,9}. Posteriormente la historia natural del hábito muestra que las chicas tienen tasas de consumo más elevadas, que llegan a un

Fig. 1. Historia natural del consumo regular de tabaco en adolescentes de ambos sexos



Fuente: Ariza C, Nebot M *Rev Esp Salud Pública* 2002;76:227-238

Tabla 2. Principales determinantes del tabaquismo en los jóvenes, según el sexo

Determinante		Sexo		
		Chicos	Chicas	
A) Factores personales				
Socio-demográficos	Edad (ser menor de 15 años)	++	+++	
	Estructura familiar alterada	++	+++	
	Baja adherencia a la escuela	+++	++	
	Bajo rendimiento escolar	+++	++	
	Autoestima o autoconcepto	+	+++	
Psicológicos y de personalidad	Estrés y ansiedad	++	+++	
	Problemas de conducta	++	++	
	Absentismo escolar	++	++	
	Dificultades de aprendizaje	+	+	
	Problemas con el peso corporal	+	+++	
	Búsqueda de sensaciones nuevas	+++	++	
Cognitivos y psicosociales	Actitudes ante los efectos	Pros	+++	++
		Cons	++	+++
	Normas subjetivas	++	+++	
	Autoeficacia	++	++	
	Intención de fumar en el futuro	+++	++++	
Otras conductas de salud	Consumo de alcohol	+++	+++	
	Consumo de otras drogas	+++	++	
	Inactividad física	+	++	
B) Factores socioculturales				
Familia	Padre y madre fumadores	++	+++	
	Madre fumadora	+	+++	
	Hermano/a mayor fumador/a	++	++	
Amigos	Presión individual directa	+++	+	
	Presión individual indirecta	+++	+++	
	Presión de grupo	++	+++	
	Mejor amigo/a fumador/a	+++	+++	
C) Factores del entorno				
	Accesibilidad al producto	+++	+++	
	Publicidad sobre el tabaco (actitudes favorables ante los anuncios publicitarios sobre el tabaco)	++	+	
	Precio (influye más en la consolidación que en la iniciación)	+	+	

máximo entre los 15 y los 16 años, mientras que en los chicos el incremento es mucho más gradual hasta los 18 años¹⁹. A pesar de que en estas edades la proporción de chicas pueda ser superior a la de los chicos, el consumo de éstos es típicamente superior al de las chicas²⁰. Posteriormente, hacia los 17-18 años los porcentajes de chicas que fuman disminuyen ligeramente respecto de las tasas en edades inmediatamente anteriores^{19,21}, si bien estas tendencias parecen modificarse en datos recientes, con consumos al alza en el grupo de chicas comprendido entre los 15 y 24 años²².

Cuando las tendencias del hábito se analizan en la edad media de inicio, se observa una consolidación del inicio precoz ya apuntada en la década de los ochenta. En España, la edad de inicio bajó de los 13,8 años en 1994 a los 13,3 en 1996²³. En Barcelona, en un estudio realizado con 2155 escolares de 14 a 19 años, también se observó que la edad de inicio del consumo de tabaco había disminuido de los 13,9 años en 1993 a los 13,4 en 1997²⁴.

Por otro lado, algunos estudios longitudinales sugieren que la consolidación del hábito entre aquellos adolescentes que experimentan sería muy superior entre las chicas. Así, en un estudio de seguimiento realizado a 1223 escolares de Barcelona y Lleida, un 42% de las chicas que fumaban ocasionalmente eran fumadoras habituales (al menos una vez a la semana) un año más tarde, mientras que esta proporción era del 22,7% entre los chicos²⁵. Entre los factores que se han sugerido para explicar las diferencias observadas entre chicos y chicas están las creencias de que el tabaco ayuda a estar delgada y las preocupaciones por la propia imagen^{26,27} y diferencias en la maduración psicológica, más adelantada entre las chicas, lo que las llevaría a relacionarse con chicos de mayor edad²⁶.

Factores personales

Se diferencian factores sociodemográficos, psicológicos y de la personalidad,

psicosociales y los relacionados con otras conductas de salud (tabla 2).

Entre los sociodemográficos, se ha reconocido empezar a experimentar antes de los 15 años como un factor predictivo de consolidación futura²⁵ y de peor pronóstico para el tabaquismo adulto posterior. La estructura familiar alterada y una mala relación con los padres²⁸ y una baja adherencia a la escuela, así como un bajo rendimiento escolar²⁹ son otros determinantes reconocidos en este grupo.

Algunos factores psicológicos y de la personalidad como el autocontrol y la estima personal se asocian mucho más frecuentemente con el consumo de tabaco en las chicas. La mayor madurez y una mayor confianza en si mismas las capacitaría para hacer frente al riesgo y la rebeldía que supone fumar^{30,31}. Se ha observado también que los sucesos negativos vividos por los adolescentes y los problemas familiares son estresores potenciales y están significativamente relacionados con el consumo de tabaco³². Se ha señalado que las chicas fuman mucho más frecuentemente para hacer frente al estrés y esto puede contribuir a las tasas más altas que se han expuesto para el tabaquismo femenino en la adolescencia^{33,34}. En las chicas con baja autoestima y elevada ansiedad se han visto creencias y actitudes erróneas con la alimentación y de insatisfacción con su peso, todo ello en connivencia con un consumo de tabaco como adelgazante³⁵. Más recientemente, Tomeo³⁶ ha señalado que la fase de contemplación está relacionada con actitudes de preocupación por el peso, mientras que la de experimentación se asocia a conductas de control del peso. Otras variables de este grupo son también la asociación del consumo de tabaco con los problemas de conducta y el uso de otras sustancias adictivas³⁷, el absentismo escolar y los problemas de aprendizaje³⁸. Cerrando esta lista de factores psicológicos, se ha invocado también la asociación del consumo de tabaco con los llamados "buscadores" de sensaciones nuevas. En concreto, los escolares con más búsqueda de emociones nuevas y más proclives a una

mayor sinceridad y desinhibición, y en mayor número los chicos que las chicas, manifestaban consumir tabaco con más frecuencia que los que daban negativo a las exploraciones de estas sensaciones³⁹.

Entre los factores psicosociales, las actitudes, las influencias sociales y las expectativas de eficacia (autoeficacia) constituyen las tres clases de factores cognitivos más importantes que interactúan con la conducta. Factores demográficos, sociológicos y de la personalidad -como se ha explicitado anteriormente- influyen también la intención de la conducta de la persona, por su acción sobre las actitudes, las influencias sociales y la autoeficacia. El modelo ASE (Attitudes-Social influences-self-Efficacy)⁴⁰ relaciona e integra todos estos factores.

En lo que se refiere a otras conductas relacionadas con la salud, se ha demostrado la asociación de un mayor consumo problemático de alcohol en fumadores habituales, así como una asociación con la inactividad física, especialmente entre las chicas^{7,19,39}. Hasta ahora, el inicio del consumo de tabaco en los primeros años de la adolescencia era el primer paso del proceso de policonsumo junto al consumo de alcohol u otras drogas no legales⁴¹. Es difícil encontrar consumidores habituales de tabaco que no sean al menos también consumidores habituales de alcohol⁴². En los últimos años, a este policonsumo en población escolarizada se ha añadido en muchos casos el consumo de cannabis, cuya iniciación llega a producirse en algunos casos antes que la del tabaco, lo que llega a romper la progresión habitual en la iniciación del consumo de drogas⁴³. Todo ello tiene implicaciones en la orientación de los programas preventivos, como se indicará más adelante.

Factores socioculturales

Globalmente, se observa una mayor prevalencia del tabaquismo en las familias en que los padres son fumadores. El tabaquismo de los padres facilitaría la experimentación a través del acceso a cigarrillos, que podrían

obtenerse de forma bien sencilla⁴⁴. Algunos estudios han destacado además una mayor influencia del tabaquismo de los padres sobre el comportamiento fumador de las chicas que de los chicos⁴⁵, y otros particularmente cuando la madre es fumadora^{19,46}. Recientemente, se ha identificado la importancia del tabaquismo de los hermanos como factor predictor del inicio del tabaco en la adolescencia⁴⁷. En conjunto, Amos⁴⁸ considera que la influencia de la conducta fumadora de los padres y de la familia es más importante en la iniciación y experimentación que en fases posteriores.

Las influencias de los amigos parecen ser el desencadenante más potente del inicio del hábito tabáquico. El inicio de la conducta se da a menudo como un acto de mimetismo de lo que hacen los demás, especialmente de aquellos inmediatamente mayores, como un afán de ser mayor o de la rebeldía propia de la edad⁴⁹. Algunos autores creen que la elección de las amistades está basada en muchas dimensiones de similitud y aborranían que el consumo de tabaco sería un factor más en la selección de los amigos⁵⁰. La presión por fumar en el seno de un grupo tiene un componente indirecto, la dimensión de norma social que impone el grupo, que actuaría más en la iniciación⁵¹. También se ha dicho que en la iniciación es más importante la influencia del mejor o mejores amigos que del grupo en su conjunto⁴⁹. En cambio, la influencia del grupo y la presión directa con oferta de cigarrillos serían determinantes de la consolidación⁵².

Factores del entorno

La accesibilidad al tabaco de los adolescentes, en lo que se refiere al cumplimiento de las normativas de la venta a menores, directamente o a través de máquinas expendedoras es uno de los determinantes más claros de la conducta fumadora en los jóvenes^{53,54}. Otras cuestiones como los puntos de venta (quioscos expeditores de dulces y tabaco a la vez y cerca de las escuelas) y la venta por unidades han sido denunciados

como factores directamente implicados en la conducta fumadora adolescente^{55,56,57}.

Se ha destacado el efecto reforzador de la publicidad sobre el tabaco en su consumo, influenciando al adolescente a moverse de la experimentación al mantenimiento y adicción⁵⁸. Por otro lado, se ha encontrado una dosis-respuesta entre la conducta fumadora y el reconocimiento de la publicidad de los productos tabáquicos. Los fumadores habituales reconocieron un 61,6% de los anuncios frente al 33,2% de los no-fumadores⁵⁹. Más recientemente, se ha demostrado que la relación de la promoción de dos marcas a través de piezas de vestir (camisetas, gorras, bolsas...) y el consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes ofrecía un riesgo relativo (RR) cuatro veces superior entre los escolares receptivos a las estrategias publicitarias respecto de los que no lo fueron^{60,61}. A pesar de estas relaciones evidentes, hasta el momento no se han demostrado relaciones causales entre la publicidad tabáquica y el tabaquismo adolescente.

El precio de los cigarrillos es otro de los factores de entorno que actúa de forma determinante sobre el consumo. Se ha calculado que un aumento del 10% del precio de un paquete de cigarrillos puede producir una disminución del 4% de la demanda en países de renta alta y del 8% en países de renta media o baja⁶². Townsend⁶³ cree que el efecto del precio en los adolescentes es reforzador, influenciándolos para moverse de la experimentación al mantenimiento y la adicción.

CARACTERÍSTICAS Y EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN LA ESCUELA

Los programas de prevención del tabaquismo en jóvenes pueden comprender cuatro componentes principales combinados de forma diferente para aumentar su efectividad (tabla 3): los componentes específicamente escolares o de aula; el componente mediático o de uso de medios de comunicación social; un componente comunitario, que va

desde los ambientes de ocio de los jóvenes hasta el trabajo con intermediarios de éstos en la comunidad; una política de normativa y protección de espacios físicos de humo en el entorno. En las líneas que siguen se comentan algunos aspectos de cada uno de estos componentes y se discute su presencia en la selección de los diez programas más efectivos referenciados en la literatura científica e incluidos en la tabla núm.3.

Programas de base escolar

Las dos aproximaciones preventivas más prometedoras han sido el modelo de influencias sociales, introducido ya por Evans en 1976⁶⁴, y la potenciación de las competencias personales y sociales ("Life skills training") de Botvin (1980)⁶⁵. Las ideas básicas son que estos programas han de aumentar la conciencia e identificación de las presiones socioculturales por fumar, y que han de permitir el desarrollo de habilidades para resistir esta presión. El modelo de influencias sociales está contemplado en todos los programas incluidos en la tabla 3.

Otro elemento de la prevención escolar es la información sobre las consecuencias del consumo de tabaco a corto y largo término (Vartianen⁶⁶, Perry⁶⁷, Shean⁶⁸, Botvin⁶⁹ y Murray⁷⁰). Sussman⁷¹ y Perry⁶⁷ alertan de que los adolescentes son más sensibles a los efectos a corto término, de los que pueden tener fácil comprobación, a diferencia de los efectos más temibles que pueden tardar muchos años en aparecer. Otros elementos muy importantes son el compromiso público de no fumar en el futuro (Perry⁶⁷, Klepp⁷², Telch⁷³ y Murray⁷⁰) y el ya mencionado entrenamiento de habilidades preconizado por Botvin⁶⁹. Se insiste también en la importancia del uso de metodología activa, con elementos interactivos y de debate, rol playing y actividades por "iguales" (peer-leaders) y por la necesidad de sesiones de refuerzo o recordatorio posterior (booster sessions), a lo largo del proceso de iniciación y consolidación.

Las revisiones y metaanálisis han señalado diferencias con estos programas del 30

Tabla 3. Programas de prevención del tabaquismo en la escuela. Los diez programas más efectivos en la literatura científica.						
Nombre de los investigadores	Nombre del proyecto y lugar	Período de años del proyecto	Edad de la pobl. diana	Modalidad de programa	Contenidos del programa	Número de sesiones
E. Vartiainen et al. ⁶⁵	North Karelia Youth Project, North Karelia (Finlandia)	1978-1993	13-28	Escolar, Comunitario para los adultos	Influencias sociales. Consecuencias a corto y largo término sobre la salud	10 en 3 años consecutivos
C.L. Perry et al. ⁶⁴	Minnesota Heart Health Program, Minnesota (EE.UU)	1983-1989	11-18	Escolar Peer-leaders Comunitario	Influencias sociales. Compromiso público. Consecuencia a corto término sobre la salud	21 en 5 años consecutivos y 2 de recuerdo
K.I. Klepp et al. ⁶⁶	Oslo Youth Study, Oslo (Noruega)	1979-1989	10-22	Escolar Peer-leaders	Influencias sociales. Compromiso público (sólo en varones)	10 en un curs escolar
M.A. Pentz et al. ⁷⁴	Midwestern Prevention Project, Kansas City (EE.UU.)	1984-1990	11-18	Escolar Peer-leaders Comunitario Padres, MCS	Influencias sociales	10 en un curso y 5 de recuerdo en el siguiente
M.J. Teich et al. ⁷⁰	Project CLASP, California (EE.UU.)	1977-1980	12-16	Escolar. Peer-leaders. Películas	Influencias sociales. Compromiso público	7 en 9 meses
R.E. Shean et al. ⁶⁵	Western Australia (University of Minnesota, social consequences)	1981-1988	12-20	Escolar Peer-leaders	Influencias sociales. Consecuencias a corto y largo término sobre la salud	5 en 6 meses
S. Sussman et al. ⁶⁸	Project Towards No Tobacco Use, Southern California (EE.UU)	1989-1992	12-15	Escolar Videos	Influencias sociales. Análisis de componentes	10 en 2 sem. y 1 de recuerdo el siguiente
G.J. Botvin et al. ⁶⁶	Life Skills Training Program, New York (EE.UU)	1985-1991	12-19	Escolar Cassettes de audio	Influencias sociales. Habilidades para la vida. Consec. a corto y largo término sobre la salud	15 en un curso 10 y 5 de recuerdo en los 2 siguientes
B.S. Flynn et al. ⁷²	Mass Media & School Intervention, Vermont... (EE.UU)	1985-1991	9-18	Escolar Comunitario (MCS)	Influencias sociales.	16 en 4 cursos y 6 en los 2 siguientes
D.M. Murray et al. ⁶⁷	Peer-taught Smoking Prevention, Minnesota (EE.UU)	1979-1986	12-19	Escolar Peer-leaders Videos	Influencias sociales. Compromiso público. Consecuencias a corto y largo término sobre la salud	5 en 6 meses

GI: grupo intervención; GC: grupo control; Peer-leaders: metodología por iguales; MCS: Campaña en Medios de Comunicación Social D₁: diferencia de las prevalencias de fumadores entre los grupos GI y GC; D₂: diferencia de las incidencias de nuevos fumadores entre los grupos GI y GC

y 50% de nuevos fumadores entre el grupo control y el grupo intervención, a corto término^{11,74} como es posible comprobar también en todos los programas incluidos en la tabla 3. En cambio las iniciales reducciones de la prevalencia desaparecen en una mayoría de casos hacia los 5-6 años. Skara y Sussman¹⁶ estudiaron específicamente en su revisión programas que comunicaran efectos a largo término, seleccionado un total de 25, de entre los cuales hemos hecho la selección referenciada en la tabla 3. En este sentido, el programa de North Karelia⁶⁶, con el seguimiento más largo de todos ellos, muestra como el efecto a los 15 años sólo es perceptible entre los experimentadores y ya no entre los que hacían un consumo regular.

Por otro lado, otro sentir general es que estos programas no tienen sentido como intervenciones aisladas y que es conveniente combinarlos con alguna de las iniciativas que se comentan a continuación^{11,15,16}.

Campañas mediáticas

Tampoco se ha llegado a conclusiones claras en cuanto a su evidencia. El estudio de Flynn⁷⁵ en Vermont, con 36 emisiones televisivas diferentes y otras 17 cuñas radiofónicas en 4 años, ha sido el que ha aportado unos resultados mejores. Otras experiencias recientes en Florida y California, todavía no bien evaluadas y referenciadas en la literatura, apuntaron resultados prometedores. Sus costes son altos, lo que dificulta su diseminación. Se cree que su principal papel es indirecto, reforzando otras intervenciones y creando presión para el cambio de las políticas frente al tabaco⁷⁶ y son una buena estrategia para llegar hasta adolescentes problemáticos. En cualquier caso, funcionan mejor complementando otras iniciativas que ellas solas.

Iniciativas de base comunitaria

Sus objetivos son llegar a los jóvenes, a sus familias y a la comunidad en general.

Las evaluaciones sobre la evidencia de estas iniciativas ha tendido a ser menos rigurosa que con los programas escolares o las campañas mediáticas. Van desde acciones desde clubs de jóvenes (Smokebusters) y en el si del tiempo libre a acciones activas sobre los padres, reuniones (“meetings”) y fiestas sociales sensibilizadoras o acciones reivindicativas del cumplimiento de las normas sobre la venta a menores. Son iniciativas relativamente nuevas, con potenciales efectos sobre el cambio actitudinal, para encorajar a la acción comunitaria y conseguir debate público. Se ve necesario el compromiso de los sectores policiales y judiciales para hacer cumplir la legislación de protección del menor en este campo. En la selección de la tabla 3, fue contemplado por Vartianen⁶⁶, Perry⁶⁷ y Pentz⁷⁷.

Medidas políticas de regulación en el entorno

Comprenden los controles publicitarios; del contenido i etiquetado de los paquetes de cigarrillos; del precio del tabaco; de las ventas de tabaco; y de las políticas de regulación de los espacios libres de humo.

Los controles publicitarios son de difícil evaluación, porque su efecto se suele acompañar de otras medidas como prohibición de las ventas... Sus efectos indirectos van encaminados a hacer desaparecer las asociaciones positivas con el tabaco. En Canadá y Nueva Zelanda se consiguieron reducciones del 4% y del 5,5%, respectivamente, en el consumo adolescente.

No se ha demostrado el efecto de las etiquetas con mensajes sobre los efectos del tabaco o de conservación de la salud (“warnings”), pero se ha aconsejado que se dirijan sobre todo al público joven, se rote el mensaje y también el diseño⁷⁸.

Se ha recomendado el aumento del precio de los cigarrillos, haciéndolo a expensas del incremento de los impuestos que gravan el tabaco. Se ha llegado a comunicar que un aumento del 10% en el precio pudiera llevar

a una disminución de la prevalencia del tabaquismo en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años⁷⁶. No obstante, Townsend⁶³ comprobó que la elasticidad del precio entre los adolescentes podía no ser tan buena como habían descrito estudios anteriores^{79,80}. Todo esto debiera complementarse con un intenso control de las ventas a menores, intensificando la inspección y las sanciones a los detallistas que incumplen la normativa. Una experiencia en Illinois que incluía también pequeñas sanciones a los escolares, redujo las prácticas ilegales del 70% al 5% en 18 meses⁸¹.

Se sabe que todas estas medidas tienen un importante impacto sobre el consumo adolescente, aunque falta evidencia sobre su influencia a largo término sobre la prevalencia. Pueden ser mejores en cuanto al coste-efectividad que los programas preventivos y las campañas mediáticas, aunque pueden suponer un mayor esfuerzo en lo que se refiere a la negociación y litigio que conllevan.

Los programas preventivos en el entorno español

En la tabla 4 se han resumido algunos de los programas sobre prevención de drogodependencias que incluyen estrategias de prevención del tabaquismo en nuestro medio español. Son programas que han sido evaluados como es el caso de "Construyendo salud"⁸², "PASE.bcn"^{83,84} o "Decideix!"⁸⁵, o cumplen con solvencia los principales criterios de calidad que se han visto anteriormente. Así, todos ellos contemplan el tratamiento de las influencias sociales y todos ellos comprenden un mínimo de 5 sesiones en un curso. Todos ellos presentan las consecuencias del tabaco sobre la salud y también habilidades de rechazo de las ofertas de cigarrillos. Dos de ellos incluyen la toma de decisiones como estrategia y uno de ellos el compromiso público de la intención, de probado valor preventivo. La mayoría lleva 4 ó 5 años impartándose y, en el caso de PASE.bcn⁸³ y Decideix!⁸⁵, ya han superado toda

una década, con dos versiones o ediciones del programa en su haber.

El programa "Clase sin humo"⁸⁶ pertenece a una última generación de programas que pone el énfasis en objetivos conductuales, tendiendo a evitar o retardar el inicio a partir de una estrategia de grupo. En concreto, se propone a una clase, en el momento en que se daría un acceso de muchos de sus miembros a la experimentación con el tabaco, a un compromiso de grupo para no fumar. Este compromiso, en un contexto de apoyo y nunca de un control persecutorio, se incentiva con unos premios en caso de consecución del objetivo. El programa funciona en red, tanto en el caso de los diferentes territorios que participan –diez al inicio del curso 2003-04-, como en el caso de España con los otros 17 países europeos que también participan⁸⁶. "Clase sin humo" fue evaluado hace 4 años en Alemania, mostrando efectos significativos en el consumo semanal y diario de tabaco de los participantes respecto a una cohorte que no realizó el programa⁸⁹.

El orden más común de acceso a las sustancias adictivas en nuestro medio (tabaco-alcohol- otras drogas) aconsejaba que la prevención de drogodependencias se focalizara en la prevención del tabaquismo en el primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), y de la prevención del consumo de alcohol y otras drogas no legales en el segundo ciclo de la ESO. La realidad concreta que rodea al consumo de cannabis en estas edades escolares, que se ha señalado en el apartado anterior, llevará a replantear este criterio en un futuro inmediato.

En resumen, por tanto, se cree que los programas preventivos en la escuela deben ser considerados en la actualidad (en la medida que cumplan con los criterios de calidad descritos) como buenas estrategias para retardar la entrada en el tabaquismo, lo que significa más facilidad para dejarlo posteriormente y menor acceso a morbilidad y mortalidad⁴², a la vez que da más tiempo a los educadores para continuar con los esfuerzos preventivos. Los programas deben acompañarse de otros componentes comunitarios

Tabla 4. Algunos de los programas de prevención de drogodependencia en España que incluyen la prevención del tabaquismo

Nombre de los investigadores	Nombre del proyecto y lugar	Período años del proyecto	Edad pobl. diana	Modalidad de programa	Contenidos del programa	Nº de sesiones
M ^a A. Luengo et al. ⁷⁹	Construyendo salud (Prom. del desarrollo personal y social) (Univ. de Santiago)	1998-...	12-14	ESCOLAR Guía del educador Cuaderno del escolar	Influencias sociales. Habilidades para la vida. Consecuencias a corto y largo término sobre la salud	17 sesiones en un curso escolar
J.R. Villalbí et al. (1ª versión) ⁸¹ C. Ariza et al. (2ª versión) ⁸⁰	PASE.bcn (Prevención abuso de substancias en la escuela) Agència de Salut Pública de Barcelona	1991-... 1991 (1ª versión) 2000 (2ª versión)	12-13	ESCOLAR Guía del educador Cuaderno del escolar 2 videos	Influencias sociales. Habilidades de rechazo. Consec. sobre la salud Compromiso público	7 en un curso escolar
ENYPAT (adaptación española a cada territorio) ⁸³	Clase sin Humo Red Española, coord.: Agència de Salut Pública de Barcelona	1997-...	12-14	ESCOLAR Bases del concurso Concurso de eslóganes y activid. creativas	Influencias sociales. Habilidades de rechazo. Autoeficacia Compromiso de grupo	4-5 en un curso escolar
J.C. Melero et al. ⁸⁴	Unidad didáctica sobre Tabaco Edex (Bilbao)	1997-...	12-16	ESCOLAR Dossier informativo Guía de actividades G. para dejar de fumar	Influencias sociales. Habilidades de rechazo. Consecuencias sobre la salud	Se proponen 10 activid.
A. Calafat et al. (Mallorca) ⁸² A. Rodríguez-Martos (Barcelona) ⁸²	DECIDEIX! Consell Insular de Mallorca-Agencia de Salut Pública de Barcelona	1985-... (Mallorca) 1993 (1ª ed.-Barcelona) 1997 (2ª ed.-Barcelona)	14-16	ESCOLAR Guía del educador Carpeta con 4 historietas para el escolar. 1 video	Influencias sociales. Habilidades de rechazo. Toma de decisiones. Consecuencias sobre la salud.	4-6 en un curso escolar
J.C. Melero et al. ⁸⁵	Jóvenes y drogas Unidad didáctica para la prevención Edex (Bilbao)	1999-...	15-18	ESCOLAR Un. did. del educador 4 folletos para el escolar	Influencias sociales. Habilidades de rechazo. Toma de decisiones Consec. sobre la salud	Se proponen 15 activid.

y de medidas de entorno. Estos programas han llegado a una calidad difícilmente superable en sí misma y no es esperable que sigan mejorando. En cambio, sí se puede avanzar con la combinación de estrategias para aumentar la persistencia del efecto, como la conseguida en North Karelia⁶⁶. También se ha sugerido que programas no tan específicos y con tratamiento del tabaquismo en el sí de la consideración de otras drogodependencias podrían ser más efectivos⁶⁹. En concreto, Cuipjers¹³, en su metaanálisis sobre varios

programas de prevención de drogodependencias, concluye que las estrategias que abordan el policonsumo de manera conjunta consiguen resultados más efectivos sobre cada droga en particular.

LA CESACIÓN TABÁQUICA EN LOS JÓVENES

Ente 2 y 7 de cada 10 adolescentes fumadores son considerados dependientes de la nicotina y al menos dos tercios de ellos refie-

ren algún síntoma de abstinencia al cortar el hábito o dejar de fumar⁹⁰. Di Franza⁹¹ encontró que el patrón de la dependencia de la nicotina en los jóvenes no transcurre paralelamente a como se habían descrito los cambios de estadio del hábito previamente, en concreto, que la progresión del consumo de tabaco se da desde un consumo experimental que evoluciona a un uso regular o diario, y que resulta en la dependencia de la nicotina en varios meses o años. Enfrente a esto, DiFranza⁹² encontró en su estudio que el 63% de escolares de 12-13 años, que han fumado al menos una vez al mes, ya muestran uno o más síntomas de dependencia de la nicotina. Entre estos escolares, el 22% declaraba síntomas de dependencia nicotínica dentro de las 4 primeras semanas de iniciarse en el hábito. Definió así la idea de la pérdida de autonomía que representan los efectos fisiológicos y psicológicos de la nicotina, que son signos de comienzo de la dependencia y son una barrera para el abandono⁹⁰.

Sussman⁹³ y McDonald⁹⁴ han revisado 66 y 20 intervenciones de cesación tabáquica en adolescentes, respectivamente, lo que ha permitido sacar diversas conclusiones de las principales iniciativas emprendidas hasta el momento. Los estudios de Sussman⁹³ comprenden el período que va de 1975 hasta 2001 y señala una tasa de cesación media del 12% a los 3-12 meses de seguimiento, enfrente del 7% de cesación espontánea en los controles. Muestra también que el éxito de la cesación sube al 19% cuando se produce un fortalecimiento de la motivación. Esta misma tasa de 19% de éxito es la atribuida para los grupos de cesación como principal estrategia utilizada. En la tabla 5 se puede apreciar el éxito temprano y contundente conseguido ya en 1985 por la Ulster Cancer Foundation⁹⁵. En los estudios más recientes destaca el 20,8% de éxito conseguido por Dino^{96,97} en Florida o el 12-15% de Coleman-Wallace⁹⁸ en California. Estos estudios se basan en la aplicación del modelo transteórico de cambio al conjunto de estadios de cambio del hábito tabáquico y comprenden talleres de 6 a 10 semanas, a ritmo de una

sesión semanal de 50-60 minutos, en la propia escuela y fuera del horario escolar. Parece ser que las intervenciones con jóvenes en el ámbito de los servicios sanitarios son prometedoras, pero algo menos efectivas que en el medio escolar^{99,100}.

Las intervenciones "a medida", con un profesional tutelando a un joven fumador en su proceso de cesación, a través del ordenador, obtiene un éxito medio del 13% en la serie de Sussman⁹³ y del 18-20% en el estudio concreto de Pallonen¹⁰¹. Tampoco parecen desdeñables los primeros éxitos conseguidos con iniciativas a través de "iguales"¹⁰² o con la ayuda del teléfono ("quit lines")¹⁰³. En cambio, parece que las intervenciones breves con consejo individual funcionan peor con los adolescentes y jóvenes que con los adultos¹⁰⁴.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas, el uso de terapia de reemplazo con nicotina (parches, inhaladores, chicles...) ha sido poco explorado hasta la fecha, pero los datos publicados en la literatura aportan datos muy discretos^{105,106} y requieren del aporte de mayor evidencia en el futuro. Un estudio reciente ha utilizado Bupropion en un grupo de escolares en combinación con terapia cognitivo-conductual, consejo individualizado, y soporte a la cesación de los padres. La tasa de éxito fue del 27%, mientras otro 69% redujo el consumo hasta una media de 13 cigarrillos diarios¹⁰⁷.

En conjunto, Sussman⁹³ concluye que, cuanto menos, y a pesar de las irregularidades de los estudios en la comunicación de datos y la gran variedad de las mediciones, las intervenciones de cesación con adolescentes y jóvenes producen tasas de éxito que son el doble de la cesación espontánea.

CONCLUSIONES Y RETOS PARA EL FUTURO

Hoy en día existen suficientes estudios que han abordado la gran cantidad de estrategias preventivas que se han elaborado desde la década de los 70 hasta hoy, con una gran

Tabla 5. Cesación tabáquica en el adolescente. Evidencia sobre las intervenciones más utilizadas

Área	Investigadores	Características	Efectividad
Grupos de cesación	Ulster Cancer Foundation (1984-1987) ⁹	Entrevista inicial de valoración de la motivación, hábito y compromiso Educación para la salud, 3 semanas Curso para dejar de fumar de 6 semanas Grupos de 10-12 personas	61% de los participantes habían dejado de fumar al acabar el curso de 6 semanas
	Not on Tobacco (N-O-T) West Virginia y Florida 1998-2000 Dino et al. ^{94,95}	Basado en el modelo transteorético de Prochaska. 10 sesiones de 50 minutos, en la escuela Temas: motivación, manejo del estrés, preparación para la cesación, identificación de la presión social y habilidades para cesar. Dirigido a escolares de 14 a 19 años	Se evaluó con GC A los 3 meses, la tasa de cesación del GI era del 20,8%, mientras que en el GC era del 4,4%.
	Tobacco Education Group (TEG)/ Tobacco Awareness Programme (TAP) South. California, Coleman-Wallace et al., 1999 ⁹⁶	Basado en el modelo transteorético de Prochaska. 8 sesiones de 1 hora, en la escuela. TEG trabajó con no contempladores para estimular la motivación. TAP se dirigió a los preparados para cesar.	12-15% de cesación al final. Entre el resto, especialmente en TAP se redujo sensiblemente el consumo diario.
	Sheffield Health Authority Pilot Study, 2000 McFeely ¹⁰²	Grupos de cesación en los servicios de salud. 6 sesiones, 1 hora semanal 61 participantes, en 6 grupos de 7-8 Contenidos sobre como hacer frente al estrés y a los efectos de privación de la nicotina, relajación y discusión sobre todos estos temas	Se evaluó a través de un grupo focal al principio y al final del programa. La tasa de cesación al final del programa fue del 6,5%.
Soporte a través de "iguales" (peer-leaders)	Peer-led Anti-Smoking Programme Mid Glamorgan (Wales), 1999 Bloor ¹⁰⁰	Curso de 2 días para trabajar información sobre el tabaco y habilidades de comunicación, con escolares de 14 y 15 años que luego actuarán sobre sus compañeros en situaciones cotidianas	Evaluación con 2 GI y 2 GC. Tanto al final del programa como a los 3 meses, mayor cesación en los GI
Consejo individual	Lawendowski, 1998 ⁹⁷ Kentala, 1999 ⁹⁸ Colby, 1998 ⁹⁸	Entrevista motivacional Intervención breve	Mal coste-efectividad Diferencia del 3% a favor del GI
Líneas telefónicas	Owen, 2000 ¹⁰¹	Llamadas telefónicas durante 4 meses, y 2 meses y 1 año después	Tasas de cesación del 15-18%
Sistemas de cesación informáticos	Pallonen, 1998 ⁹⁹	Un profesional controla "a medida" a un joven cesador a través del contacto informático	Cesación del 14-20% de los 88 participantes
Intervención con sustit. de nicotina	Smith, 1996 ¹⁰³	Se administraron dosis proporcionales a la edad. Se observaron los mismos efectos colaterales que en los adultos.	El 4,5% de los usuarios seguían abstinentes a los 6 meses
Otros	ENYPAT, 1996-... - Quit & Win, Don't Start & Win - Mat. de autoayuda	Competición a permanecer abstinentes o a no empezar en 1-3 meses, incentivados con premios. Formatos diversos y en Internet	No existe evaluación hasta el momento Todavía no existe evidencia

irregularidad en la descripción de los contenidos de los programas, así como en las mediciones efectuadas para evaluarlos. De estos estudios, se desprende que hay pocos buenos programas, pero que probablemente han llegado a una suficiente excelencia que permite entrever pocas posibilidades de mejora dentro del marco escolar. Estos programas son efectivos para reducir las tasas de iniciación del consumo de tabaco entre los grupos intervención y control que van del 9 al 14,5%, y llegan hasta un máximo de 15 años de seguimiento. La mayoría de programas que han mantenido el efecto reductor han implementado sesiones posteriores de refuerzo del programa principal.

El ejercicio de buena práctica con los programas preventivos incluye el uso del modelo de influencias sociales, información sobre las consecuencias a corto y largo plazo sobre la salud, abordar la conducta fumadora como norma social e incluir habilidades de rechazo y compromiso público de la intención de no fumar en el futuro. Los programas más intensivos y más largos han mostrado ser más efectivos, pero también más difíciles de diseminar.

La implantación de programas preventivos rigurosamente evaluados es compleja y a menudo se ve dificultada por la escasa atención que se presta a la salud pública, y en concreto a la prevención. En otras ocasiones las dificultades se deben a la creencia de que la prevención escolar ha de solucionar el problema del consumo de tabaco, cuando, como se ha descrito suficientemente en las páginas precedentes, la prevención primaria debe incluir en una acción coordinada, los programas de prevención escolares junto a la acción e intervención de otros ámbitos de la comunidad. Así, las campañas mediáticas se han mostrado útiles para reforzar otras iniciativas como las escolares y comunitarias, y para comunicar con los adolescentes de mayor riesgo, que no suelen estar en el medio escolar. Las medidas aplicadas a intermediarios y espacios de ocio adolescente pueden ayudar a aumentar la norma favorable a no fumar y al debate público sobre

los derechos del no fumador. Las políticas de regulación de los espacios sin humo y de protección de las ventas a menores son de gran efectividad y un excelente complemento de las acciones preventivas en el aula.

Todavía existe un insuficiente número de estudios de cesación tabáquica adolescente científicamente rigurosos. A pesar de esta falta de evidencia, el modelo cognitivo-conductual que está detrás de la mayoría de las terapias grupales de cesación aparece como la mejor de las opciones existentes, sin detrimento de combinaciones con otros componentes como procedimientos informáticos, actividades por "iguales", materiales de autoayuda o incluso algunos tratamientos farmacológicos.

Supuesto el límite de posibilidades de mejora al que han llegado las intervenciones preventivas escolares, los esfuerzos para el futuro deben concentrarse en ofrecer iniciativas multimodales, comprendiendo componentes de aula, de entorno y de acción comunitaria para aumentar la efectividad global de las estrategias. Específicamente importante es incrementar en un futuro inmediato acciones específicas de regulación de los diferentes espacios sociales para promover la conducta no-fumadora y una lucha constante contra todas las circunstancias que han hecho del consumo de tabaco una conducta normalizada (publicidad, contrabando, venta fraudulenta, falta de señalizaciones e incumplimiento de las normas reguladoras...). Reforzando todas estas medidas, la promoción de la cesación de los adultos que están en contacto con los jóvenes, especialmente educadores, entrenadores y monitores deportivos o de tiempo libre, así como la promoción de la cesación en los padres, puede suponer un gran impulso para la prevención del tabaquismo adolescente.

Por otro lado, se recomienda un número no exagerado, pero sí suficiente de refuerzos para mantener el efecto. Sobre todo, se recomienda intensificar los esfuerzos y la innovación para llegar a aquellos colectivos o individuos de mayor riesgo social, que son también los que presentan un mayor consumo

de tabaco, al igual que otras conductas de riesgo para la salud (escolares hiperactivos, con fracaso y absentismo escolar, embarazo adolescente, crisis de ansiedad y estrés, y otros problemas de conducta).

Se señala la necesidad de que los estudios y las estrategias preventivas hagan más énfasis en los diseños conceptuales utilizados y también en los diseños apropiados, ya sea experimentales con randomización o quasi-experimentales, que permitan la evaluación sistemática de las intervenciones, así como la utilización de diseños longitudinales o de combinaciones de diseños transversales y longitudinales. También se hacen necesarias evaluaciones cualitativas sistemáticas para conocer la fidelidad en el cumplimiento de los planes establecidos y la aceptación de los programas por educadores y educandos.

En cuanto a la cesación en adolescentes y jóvenes, las intervenciones preventivas han de diferenciar entre fumadores diarios y con una dependencia media o intensa de la nicotina, de aquellos que no han establecido todavía una dependencia clara. Se hacen necesarias intervenciones más intensivas con fumadores severos ya en estas edades y con aquellos que ya presentan algún trastorno psiquiátrico. Los matices diferenciales presentes en el tabaquismo de chicos y chicas pueden aconsejar en el futuro intervenciones "a medida", que permitan adaptar en el curso de la cesación las posibles diferencias en los determinantes. La evaluación de todas estas técnicas y recursos se impone para aumentar la evidencia sobre su efectividad e idoneidad, así como la incorporación de nuevas iniciativas o combinaciones que permitan intervenciones más eficaces.

Se recomienda la terapia cognitivo-conductual como centro de los talleres grupales y se aconseja la combinación de todos aquellos componentes que puedan ayudar en el seguimiento del proceso (procedimientos informáticos, Internet, materiales de autoayuda, el uso de la línea telefónica...).

Se considera importante avanzar con la investigación cualitativa, a través de grupos focales, para un mayor conocimiento de las

necesidades de soporte a la cesación que requieren los adolescentes y jóvenes.

REFERENCIAS

- (1) US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General, 1994. Atlanta, Georgia: Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 1994. (US Government Printing Office Publication No S/N 017-001-00491-0).
- (2) Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C Mortality from smoking in developing countries 1950-2000. Oxford University Press. Oxford, 1994.
- (3) Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998 *Med Clin (Barc)* 2001; 117:692-94
- (4) Pallonen UE, Prochaska JO, Velicer WF, Prokhorov AV i Smith NF Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration *Addict Behav* 1998; 23 (3):303-24.
- (5) Stead M, Hastings G, Tudor-Smith C Preventing adolescent smoking: a review of options. *Health Educ J* 1996; 55:31-54.
- (6) Kesler DA Nicotine addiction in young people *N Engl J Med* 1995;333: 186-189.
- (7) Villalbí JR, Nebot M, Comín E, Murillo, C. Consumo precoz de tabaco en escolares. *Rev San Hig Pub* 1990; 64:613-23.
- (8) Ariza C, Nebot M. Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria. *Gac Sanit* 1995; 9: 101-109.
- (9) Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM Conductas de los españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Estudio ECERS en España. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Colección Politeya, núm.5 Madrid, 1994.
- (10) De Vries H, Kok GJ From determinants of smoking behaviour to the implications for a prevention programme. *Health Education Research* 1986 (1); 2:85-94.
- (11) Tobler NS, Roona Mr, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based ado-

- lescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev* 2000; 20(4):275-336.
- (12) Fernández S, Nebot M, Jané M Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(3):175-87.
- (13) Cuijpers P Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addict Behav* 2002; 27:1009-23.
- (14) National Cancer Institute Changing adolescence smoking prevalence Smoking and Tobacco Control Monograph No.14. Bethesda, Maryland US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2001. (NIH Publication No, 02-5086).
- (15) Backinger CL, Fagan P, Matthews E, Grana R Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tobacco Control* 2003; 12(Suppl IV): iv46-53.
- (16) Skara S, Sussman S A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med* 2003; 37:451-74.
- (17) White D, Pitts M Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998; 93:1475-87.
- (18) Diez E, Barniol J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalbí JR. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gac Sanit* 1998; 12: 272-280.
- (19) Ariza C, Nebot M Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(3):227-38.
- (20) Waldron I, Lye D, Brandon A Gender differences in teenage smoking. *Women Health* 1991; 17(2):65-90.
- (21) Hill DJ, White VM, Williams RM, Gardner GJ Tobacco and alcohol use among Australian secondary school students in 1990. *Med J Aust* 1993 Feb; 158(4):228-34.
- (22) Plan Nacional contra la Droga. Encuesta sobre drogas a la población escolar 1998. [accedido: 14 Enero 2004]. Disponible en: <http://www.mir.es/pnd/observa/html/pobla.htm/>.
- (23) Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la salud de los españoles: 1998. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.
- (24) Surís JC, Parera N Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font, 2000.
- (25) Ariza C, Nebot M Factors associated with smoking progression among Spanish adolescents *Health Educ Res* 2002; 17(6):750-60.
- (26) Swan AV, Media RJW, Fitzsimons B, Breeze E, Murria M. Why do more girls than boys smoke cigarettes? *Health Education Journal* 1989; 48(2):59-64.
- (27) French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA Weight concerns, dieting behavior and smoking initiation among adolescents: a prospective study. *Am J Public Health* 1994; 84(11):1818-20.
- (28) Jackson C Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: relation to peer, parent and personal risk factors. *Addict Behav* 1997 Sept-Oct; 22(5):685-98.
- (29) Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. *Am J Public Health* 1994; 84(4):543-47.
- (30) Clayton S Gender differences in psychosocial determinants of adolescent smoking. *J Sch Health* 1991 Mar; 61(3):115-20.
- (31) Simons-Morton B, Crump AD, Haynie DL, Saylor KE, Eitel P, Yu K Psychosocial, school and parent factors associated with recent smoking among early-adolescent boys and girls. *Prev Med* 1999 Feb; 28(2):138-48.
- (32) Bonaguro JA, Bonaguro EW Self-concept, stress symptomatology, and tobacco use. *J Sch Health*. 1987 Feb. 57(2):56-8.
- (33) Wills TA Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychol* 1986; 5:503-29.
- (34) Waldron I, Lye D Relationships of teenage smoking to educational aspirations and parents' education. *J Subst Abuse* 1990; 2(2):201-15.
- (35) Klesges RC, Elliot VE, Robinson LA Chronic dieting and the belief that smoking controls body weight in a biracial, population-based adolescent sample. *Tob Control* 1997 Summer; 6(2):89-94.
- (36) Tomeo CA, Field AE, Berkey CS, Colditz GA, Frazier AL Weight concerns, weight control

- behaviors and smoking initiation *Pediatrics* 1999 Oct;104 (4 Pt 1):918-24.
- (37) Stevenson H, Slovic P, Hampson S, Schrader L Adolescent risk perception: a measure to further our understanding of tobacco and drug use. *Hygie* 1990; 9(2):27-29.
- (38) Charlton A, Blair V Absence from school related to children's and parental smoking habits. *BMJ* 1989 Jan 14;298(6666):90-2.
- (39) Comín E, Torrubia R, Mor J et al. Fiabilidad de un cuestionario autoadministrado para investigar el nivel de ejercicio y el consumo de tabaco y de alcohol entre escolares. *Med Clin (Barc)* 1997; 108(8):293-298.
- (40) De Vries H, Backvler E, Kok G, Dijkstra M The impact of social influences in the context of attitude, self efficacy, intention and previous behavior as predictors of smoking onset. *J Appl Soc Psychol* 1995; 25:237-57.
- (41) Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K Stages of progression in drug involvement from adolescent to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol* 2000; 53:447-457.
- (42) Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992; 112(1):64-105.
- (43) Díaz A, Pallarés J, Barruti M, Espulga J Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2003 Associació Institut Genus Barcelona, enero de 2004.
- (44) Silvis GL, Perry CL Understanding and deterring tobacco use among adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1987 Apr. 34(2):363-79.
- (45) Donato F, Monarca S, Chiesa R, Feretti D, Nardi G Smoking among high school students in 10 Italian towns: patterns and covariates. *Int J Addict* 1994 Oct; 29(12):1537-57.
- (46) Koval JJ, Pederson LL Stress-coping and other psychosocial risk factors: a model for smoking in grade 6 students. *Addict Behav* 1999 Mar-Apr; 24(2):207-18.
- (47) Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, López MJ, Juárez O Predictores del inicio del hábito tabáquico en escolares a los tres años de seguimiento de una cohorte en Barcelona. *Arch Bronconeumol*. En prensa, 2004.
- (48) Amos A, Hillhouse A, Alexander H, Sheehy C Tobacco use in Scotland: a review of literature and research. Edinburgh: ASH/University of Edinburgh, 1992.
- (49) Jarvis MJ Why people smoke *BMJ* 2004; 328:277-9.
- (50) Eiser JR, Morgan M, Gammage P, Brooks N, Kirby R. Adolescent health behavior and similarity-attraction: friends share smoking habits (really), but much else besides. *Br J Soc Psychol* 1991; Dec 30 (Pt 4):339-48.
- (51) Sussman S, Hahn G, Dent CW, Stacy AW, Burton D, Flay BR Naturalistic observation of adolescent tobacco use. *Int J Addictions* 1993; 28(9):803-11.
- (52) Urberg KA, Degirmencioglu SM, Pilgrim C Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Dev Psychol* 1997 Sep; 33(5):834-44.
- (53) Tobacco use and usual source of cigarettes among high school students- United States, 1995 CDC MMWR 1996 May 24; 45(20):413-8.
- (54) Villalbí JR, Vives R, Nebot M, Díez E, Ballestín M El tabaco y los escolares: contexto, opiniones y comportamiento. *Med Clin (Barc)* 1998; 110:579-81.
- (55) Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT). Recomendaciones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. En: Becoña, E. (ed.) Libro Blanco sobre el tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Glosa Ediciones. Barcelona, 1998.
- (56) Villalbí JR, Ariza C El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT). Barcelona, 2000.
- (57) Unió de Consumidors de Catalunya. Informe: Punts de venda de tabac. Unió de Consumidors de Catalunya. Barcelona, 1999.
- (58) Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *JAMA* 1998; 279(7):511-15.
- (59) Goldstein AO, Fischer PM, Richards JW Jr., Cretten D Relationship between high school student smoking and recognition of cigarette advertisements. *J Pediatr* 1987 Mar; 110(3):488-91.
- (60) Sargent JD, Dalton MA, Beach M, Bernhardt A, Pullin D, Stevens M Cigarette promotional

- items in public schools. *Arc Pediatr Adolesc Med* 1997 Dec; 151(12):1189-96.
- (61) Gilpin EA, Pierce JP trends in adolescent smoking initiation in the United States: is tobacco marketing an influence? *Tob Control* 1997 Summer; 6(2):122-7.
- (62) *Curbing the epidemic. Government and the Economics of Tobacco Control.* A World Bank publication. Washington,DC, 1999.
- (63) Townsend J, Roderick P, Cooper J Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income and health publicity. *BMJ* 1994; 309:923-27.
- (64) Evans RI Smoking in children: developing a social psychological strategy of deterrence. *Prev Med* 1976; 5(1):122-27.
- (65) Botvin GJ, Eng A, Williams CL Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training *Prev Med* 1980; 9(1):135-43.
- (66) Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P Fifteen year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia youth project. *Am J Public Health* 1998; 88(1):81-85.
- (67) Perry CL, Kelder SH, Murray DM, Klepp KI. Communitywide smoking prevention: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *Am J Public Health* 1992; 82: 1210-6.
- (68) Shean RE, de Klerk KA, Armstrong BK, Walker NR Seven-year follow-up of a smoking-prevention program for children. *Aust J Public Health* 1994; 18(2):205-8.
- (69) Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle class population *JAMA* 1995; 273(14):1106-12.
- (70) Murray DM, Pirie P, Luepker RV, Pallonen U Five and six year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *J Behav Med* 1989; 12(2):207-18.
- (71) Sussman S, Dent CW, Burton D, Stacy AW, Flay BR Developing school-based tobacco use prevention and cessation programs. Thousand Oaks. California: Sage, 1995.
- (72) Klepp KI, Tell G, Vellar OD. Ten-year follow-up of the Oslo Youth Study. Smoking Prevention Program [see comments]. *Prev Med* 1993; 22: 453-62.
- (73) Telch MJ, Killen JD, McAllister AL, Perry CL, Maccoby N Long-term follow-up of a pilot project on smoking prevention with adolescents. *J Behav Med* 1982; 5(1):1-8.
- (74) Bruvold WH A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83(6):872-80.
- (75) Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Pirie PL, Badger GJ, Carpenter JH et al. Long-term responses of higher and lower risk youths to smoking prevention interventions. *Prev Med* 1997; 26:389-94.
- (76) Reid D Failure of an intervention to stop teenagers smoking. Editorial. *BMJ* 1999; 319:934.
- (77) Pentz MA, Dwyer JH, Jonson CA, Flay BR, Hansen WB, MacKinnon DP et al. Long-term follow-up of a multicomunity trial for prevention of tobacco, alcohol and drug abuse. Submitted, 2003.
- (78) Fischer PM, Krugman DM, Fletcher JE, Fox RJ, Rojas TH An evaluation of health warnings in cigarette advertisements using standard market research methods: what does it mean to warn? *Tobacco Control* 1993; 2:279-85.
- (79) *BASP (European Bureau for Action on Smoking Prevention) Taxes on tobacco products: a health issue.* Brussels: BASP,1992.
- (80) Chaloupka FJ, Grossman M Tobacco control policies and youth smoking. National Bureau of Economic Research Working Paper No. W5740,1996.
- (81) Davis RM Reducing youth access to tobacco. *JAMA* 1991; 266(22):3186-88.
- (82) Luengo MA, Gómez JL, Garre A, Romero E, Otero JM Construyendo salud (2 guías del profesor y 2 guías del alumno). Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio del Interior. Universidad de Santiago, 1998.
- (83) Programa PASE.bcn Prevención del abuso de sustancias en la escuela (3ª edición) Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona, octubre de 2000
- (84) Villalbí JR, Ballestín M, Nebot M, Brugal T, Díez E The prevention of substance abuse in schools: a process evaluation of the adoption of a standardised education module en: *Promotion and Education*, 1997;vol.IV, núm.1, pp. 15-19.
- (85) Calafat A, Amengual M, Farres C, Borrás M Programa "Decideix!" (Guía del educador y carpeta con 4 historietas) Consell Insular de Mallorca, 1985 (versión original). Adapt.:

- Rodríguez-Martos A Ajuntament de Barcelona, 1993 (1ª edición catalana), 1997 (2ª edición catalana).
- (86) Vartiainen E, Saukko A, Paavola M, Vertio H "No Smoking Class" competitions in Finland: their value in delaying the onset of smoking in adolescence. *Health Promotion International* 1996; 11(3):189-92.
- (87) Melero JC, Flores R, Ortiz de Anda MA Unidad didáctica sobre tabaco (Dossier informativo, guía de actividades, guía para dejar de fumar) Gobierno Vasco. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social. Edex-Kolektiboa. Bilbao, 1997.
- (88) Melero JC, Flores R, Ortiz de Anda MA Jóvenes y drogas. Unidad didáctica para la prevención (Unidad didáctica para el educador, cuatro folletos para el joven). Edex-Kolektiboa. Bilbao, 1999.
- (89) Wiborg G, Hanewinkel R Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competition" in delaying the onset of smoking in adolescence. *Prev Med* 2002; 35:241-49.
- (90) Colby SM, Tiffany ST, Shiffman S, Niaura RS Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 59(Suppl 1):S83-95.
- (91) DiFranza JR, Rigotti N, McNeil AD, Ockene JK, Savageau JA, St Cyr, D et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control* 2000; 9:313-19.
- (92) DiFranza JR, Saavageau JA, Fletcher K et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: The DANDY Development and assessment of nicotine dependence in youths (DANDY) study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:397-403.
- (93) Sussman S Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases* 2002; 1:35-81.
- (94) McDonald P, Colwell B, Backinger CL et al. Better practices for youth tobacco cessation: evidence of a review panel. *Am J Health Behavior* 2003; 27(Suppl 2):S144-57.
- (95) Ulster Cancer Foundation Adolescent smoking cessation in schools: A teacher's guide on how to organise and run a school stop smoking group as an integral part of a school health promotion programme. Belfast: Ulster Cancer Foundation, 1991.
- (96) Dino GA, Horn KA, Meit H A pilot study of Not on Tobacco: A stop smoking programme for adolescents. *Health Educ* 1998; 6 (nov):230-241.
- (97) Dino GA, Horn K, Goldcamp J et al. A 2-year efficacy study of Not on Tobacco in Florida: an overview of program successes in changing teen smoking behavior. *Prev Med* 2001; 33:600-5.
- (98) Coleman-Wallace D, Lee JW, Montgomery S et al. Evaluation of developmentally appropriate programs for adolescent tobacco cessation. *J Sch Health* 1999; 69:314-19.
- (99) Lawendowski LA A motivational intervention for adolescent smokers. *Prev Med* 1998; 27(5,Pt 3):39-46.
- (100) Kentala J, Utrianen P, Pakkala K, Mattila K Can brief intervention through community dental care have an effect on adolescent smoking? *Prev Med* 1999; 29:107-11.
- (101) Pallonen UE, Velicer WF, Prochaska JO et al. Computer-based smoking cessation interventions in adolescents: description, feasibility, and six month follow-up findings. *Subst Use Misuse* 1998; 33:1-31.
- (102) Bloor M, Frankland J, Parry Langdon N, Robinson M, Allerston S, Catherine A et al. A controlled evaluation of an intensive, peer-led, schools-based, anti-smoking programme. *Health Educ J* 1999; 58 (1):17-25.
- (103) Owen N Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control* 2000; 9:148-54.
- (104) McFeely S Developing a support and advice service for young people who wish to stop smoking. Sheffield: Sheffield Health Authority, 2000.
- (105) Smith TA, House RF, Croghan I, Gauvin T, Colligan R, Offord K et al. Nicotine patch therapy in adolescent smokers. *Pediatrics* 1996; 98:659-67.
- (106) Hanson K, Allen S, Jensen S et al. Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine and Tobacco Research* 2003; 5:515-26.
- (107) O'Connell ML, Freeman M, Jennings G, Chan W, Greci LS, Manta ID et al. Smoking cessation for high school students. Impact evaluation of a novel program. *Behav Modif* 2004 Jan; 28(1):133-46.