

¿qué es lo que funciona en la prevención del tabaquismo en la escuela?

Carles Ariza y Manel Nebot
Agència de Salut Pública de Barcelona

En las dos últimas décadas, y especialmente en la última en nuestro país, se iniciaron de una forma clara intervenciones preventivas del tabaquismo en la escuela. Con la perspectiva de más de 20 años en algunos países con estas iniciativas, se han realizado las primeras revisiones en profundidad (metaanálisis) para establecer su efectividad real. Algunas de estas revisiones (Bruwold,1993; Stead,1996; Backinger, 2003; Skara,2003; Thomas,2005) han ayudado a promover unos criterios científicos sobre la prevención primaria del tabaquismo. Algunos de estos criterios, que se asumen en el objetivo de este escrito, son:

1. La prevención debe iniciarse inmediatamente antes del primer gran incremento del consumo.
2. La prevención ha de guiarse por el principio, según el cual, la teoría ha de retroalimentarse en la acción.
3. Los mejores programas preventivos son los basados en el tratamiento de las normas y las competencias sociales, y que desarrollan las 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.

En los próximos apartados se concretan estos criterios en los aspectos que se consideran más relevantes de cara a la calificación de los programas de prevención, como son:

1. Programas escolares en el aula suficientemente efectivos
2. La monitorización de las intervenciones
3. Un planteamiento integral: hacia la "escuela sin humo"
4. Un currículo preventivo del tabaquismo integrado en el currículo escolar
5. De la prevención a la cesación

1. Programas escolares en el aula suficientemente efectivos

Hoy existe un claro acuerdo que las intervenciones preventivas sobre el tabaquismo en el aula más efectivas deben incluir el suministro de información, enfoques de influencias sociales, entrenamiento de habilidades sociales genéricas e intervenciones comunitarias. Ha quedado bien establecido que no hay pruebas de que la información sola sea eficaz.

Programas de prevención primaria del tabaquismo de base escolar:

Los mejores programas son:

1. Los basados en el tratamiento de las normas y las competencias sociales;
2. Que suponen el aumento de la autoestima, el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social, y se centran en las consecuencias físicas y sociales inmediatas del consumo de tabaco;
3. De metodología activa: técnicas de discusión, "role-playing", compromiso público de no consumir tabaco...;
4. De un mínimo de cinco sesiones anuales;
5. Con varias intervenciones a lo largo del proceso de iniciación y experimentación (mantenimiento).

Fuente: Bruwold WH Am J Publ Health 1993; 83(6):872-80

Los enfoques de influencias sociales se refieren a la inclusión de sesiones en los programas que permitan neutralizar la presión de grupo y social (padres, profesores, ídolos y personajes populares, y la publicidad) (Evans, 1976). Los programas deben trabajar en el desarrollo de habilidades para identificar esta presión social, tanto cuando es directa (en la oferta concreta de cigarrillos), como cuando es indirecta (la coacción a través de pertenecer a un grupo o “peña” que fuma, o seleccionar amigos fumadores). El trabajo de las influencias sociales incluyen también la neutralización del modelaje negativo, cuando alguno de los padres es fumador, o cuando se tiene contacto directo con un educador fumador (o incluso con entrenadores deportivos o monitores de tiempo libre, figuras que resultan más cercanas, que también son fumadores). Además, hoy se sabe que la norma subjetiva o la valoración que harán personas significativas (padres, educadores, adultos respetados, amigos, el mejor o la mejor amigo/a...) de su conducta fumadora influirá también sobre la iniciación de esta conducta.

El entrenamiento de habilidades sociales para la vida (“life-skill training”) ha sido adaptado también al trabajo anticipatorio y preventivo de situaciones reales en que el escolar necesitará saber decir que no y rechazar ofertas concretas de cigarrillos (Botvin, 1980). Estas estrategias tienen como finalidad aumentar la autoeficacia de los jóvenes para sentirse capaces de decir “no” cuando realmente quieren decirlo. Normalmente estas habilidades se entrenan a través de técnicas de role playing, donde algunos individuos del grupo actúan como actores, mientras otros se transforman en observadores y críticos del rol que estos representan.

Es importante hacer constar que hoy sabemos que es mucho más efectivo el impacto de las acciones sobre los jóvenes que les muestran el cambio de la norma social, que aquellos que apelan directamente a esfuerzos que estos tienen que hacer en su conducta individual. Así, en aquellos países en que el consumo de tabaco ha dejado de ser socialmente atractivo (Noruega, California, Florida, recientemente Irlanda) (porque las limitaciones y regulaciones del consumo son más duras, por ejemplo; o por las restricciones de la publicidad), el impacto sobre la prevención en los jóvenes es especialmente significativo.

2. La monitorización de las intervenciones

Se hacen intervenciones en la comunidad porque queremos cambiar algo en ella. En el caso de las intervenciones de prevención del tabaquismo no podemos ignorar que el problema a combatir, el consumo, es complejo, por cuanto a la dificultad que encuentran los fumadores para dejarlo, se añaden las estrategias sofisticadas y onerosas que emplea la industria tabaquera sobre la población objeto de la prevención.

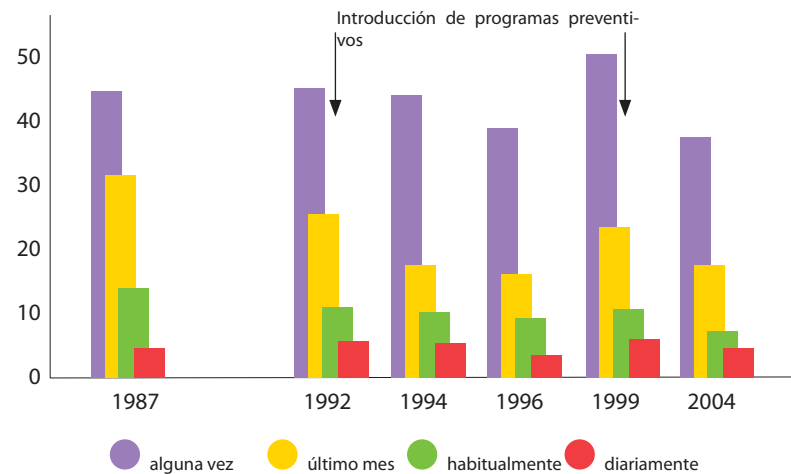
Todo ello lleva a afirmar en los últimos años, con las informaciones disponibles, que lo que se le puede pedir a la prevención es parcial y limitado. Es parcial, por cuanto otras intervenciones como la regulación de los espacios sin humo, el alza del precio o el control de la venta y distribución, por poner algunos ejemplos, son tan importantes como la acción directa sobre los nuevos posibles consumidores que se realiza en la escuela. Así, hoy se acepta que los mejores programas preventivos consiguen a los 3 años de su implantación diferencias en el consumo, respecto de la población control, de entre el 5 y el 10% (Skara, 2003), en el mejor de los casos.

Así y todo, la medida del impacto es algo que debe contemplar todo programa preventivo. En lo posible, mediante grupo control, en el momento de la estimación de la efectividad, en su fase piloto, y posteriormente con una monitorización periódica de la conducta fumadora de los jóvenes en edad escolar.

Uno de los problemas con los que se han encontrado las revisiones que se han hecho sobre los programas preventivos es el escaso número de ellos que han persistido en su evaluación más allá de los 12-24 meses, existiendo, por tanto, muy poca literatura científica de programas preventivos que muestren su efectividad más allá de los 2-3 años de su aplicación.

Por otro lado, cuando un programa ha demostrado una buena efectividad sobre uno de los objetivos que le pedíamos, como puede ser, por ejemplo, el del programa internacional "Clase sin Humo" para retardar la edad de inicio en el tabaquismo (Vartiainen, 1996; Wiborg, 2002; Crone, 2003), es bueno que cada comunidad vaya analizando las tendencias del consumo en su propio territorio. Así, hay que decir, en primer lugar, que la monitorización periódica de la conducta no nos permite identificar la influencia de una intervención específica sobre la conducta (ya que interactúan muchos otros factores, difíciles de controlar en las intervenciones comunitarias). Pero cuando hacemos el análisis de la tendencia de una serie, a lo largo de los años, sí podemos observar la aparición de nuevos factores sobre la conducta y el impacto moderado de una intervención preventiva.

Consumo de tabaco en los escolares de 2º ESO de la ciudad de Barcelona (1987-2004)



Fuente: Ariza C, Nebot M, Villalbí JR, Díez E, Tomas Z, Valmayor S Gac Sanit 2003; 17:190-95, y Ariza C, Giménez E, Nebot M, Juárez O, López MJ Prev Tab Vol. 6 Supl.1, Nov 2004:146.

3. Un planteamiento integral: hacia la "escuela sin humo"

Las acciones de prevención del tabaquismo en el aula se hacen mucho más efectivas cuando se refuerzan por otras acciones sobre el entorno escolar, la familia, la comunidad y los medios de comunicación (Biglan, 2000; Backinger 2003). Esta recomendación debiera ya tenerse en cuenta en el planteamiento futuro de las intervenciones escolares y sobre jóvenes.

De hecho, ya conocíamos que cuando se han comparado escuelas sobre las que se han implementado medidas de control y cumplimiento de las regulaciones en su entorno, con otras en las que este control estaba más descuidado o era inexistente, el resultado sobre el cumplimiento de la normativa y la sensibilización de la población es franco y evidente (Valmayor, 2004). Más difícil de cuantificar es el efecto directo que esto tiene sobre los propios escolares, pero el impacto sobre la conducta de éstos de intervenciones de aula que suman acciones sobre el entorno, respecto de otras en los que éste no está presente también se ha puesto de manifiesto (Biglan, 2000; Peterson, 2000).

Una política que tenga en cuenta el progreso de un centro escolar a la categoría de "escuela sin humo", debería contemplar:

- la asunción de la normativa legal vigente sobre el control y prevención del tabaquismo en las escuelas. Esta normativa ha sido promulgada por cada Comunidad Autónoma, a partir de unos mínimos de obligado cumplimiento establecidos por la legislación estatal. Precisamente el paso de este mínimo (actualmente podía haber en las escuelas un lugar habilitado para que el personal fumador pudiera fumar) a la prohibición total de fumar en la escuela,

como lugar de trabajo, ha variado desde el 1 de enero de 2006 en España. En una escuela "sin humo" la normativa debe reflejarse en uno de los documentos programáticos del centro, de forma que cualquier miembro de la comunidad educativa, escolares, personal docente y no docente y las familias, conozcan su contenido.

- la adecuada señalización de todos los espacios de la escuela para que no haya lugar a confusión. La extensión de la conducta fumadora es suficientemente amplia en nuestro país como para que el recordatorio de su limitación, aunque sea conocido, sea corroborado con la colocación de la señal correspondiente.

Por otro lado, al ser la escuela un espacio docente, la señalización también debería tener una intención positiva. Es conveniente la presencia de señalización con mensajes positivos dirigidos a los propios escolares, pero también al personal y a las familias, para convencer de la importancia y beneficio para todos de una escuela sin humo y la importancia de que todos respeten la señalización:

- no se debe dejar de lado el establecimiento de un consenso entre fumadores y no-fumadores, en cuanto al cumplimiento y respeto de las normas. Es necesario entender que la población fumadora tiene las dificultades propias de padecer una adicción que no es fácil de abandonar. En la implantación de los cambios, la admisión de un período transitorio, el respeto en la comunicación de los cambios y, en general, la comprensión de las dificultades de los fumadores para adaptarse a lo cambios, harán más fácil el éxito del cumplimiento de las regulaciones.
- la ayuda al personal fumador que quiera dejarlo. La escuela puede acogerse a programas de cesación, bien específicos para el personal escolar, bien vinculados a la atención primaria. Asimismo, estos programas pueden ofrecer la cesación en grupo cuando profesionales de un mismo centro lo solicitan, o ofrecer atención personalizada e integrarse en la atención primaria próxima a la escuela o próxima a su domicilio.
- comunicación de las actividades preventivas que se realizan en la escuela, con el objetivo de implicar a los padres (y a la familia) en la prevención del tabaquismo desde la escuela. Los padres acuden a la escuela a llevar o recoger a sus hijos, así como a actividades deportivas o extraescolares y, ignorando las regulaciones, pueden entrar fumando. Es importante señalar espacios como el patio e insistir, mediante señalización positiva, en que los padres colaboren en el cumplimiento de la normativa, por el papel de modelo que además tienen.
- finalmente, la escuela sin humo ha de cuidarse activamente de que la escuela haga sistemáticamente programas de prevención en el aula, y, por tanto, de su integración en el currículum escolar. Ello contribuye a establecer el compromiso completo de una lucha global contra el tabaquismo en este medio.

Con estos contenidos es posible establecer unos indicadores que permitan tipificar la situación de cada escuela respecto de los espacios sin humo.

Los siete indicadores de una “Escuela sin Humo”

- 1. Normativa presente**
Reflejar la normativa vigente sobre la regulación del consumo de tabaco en la escuelas en uno de los documentos programáticos de la escuela (proyecto educativo, manual de funciones, reglamento de régimen interno...)
- 2. Señalización visible**
Todos los espacios de la escuela están debidamente señalizados, conforme no se puede fumar en ellos.
- 3. Mensajes educativos positivos**
Existe señalización positiva dirigida a los escolares, educadores y familias para potenciar el cumplimiento de las regulaciones.
- 4. Control de la comunicación de los cambios**
Se ha designado un responsable (Comité de Salud y Seguridad, Comité de prevención de riesgos laborales, profesional de la salud de la propia escuela, jefe de estudios, educador designado...) de los cambios y de su mantenimiento posterior.
- 5. Cesación del personal fumador**
Se ofrece ayuda al personal fumador y parte de él ha dejado de fumar.
- 6. Colaboración de las familias**
Se informa a las familias del plan de la escuela sin humo y se pide su colaboración concreta en el cumplimiento de las regulaciones.
- 7. Se hacen programas de prevención del tabaquismo en el aula**
Se han incorporado programas de prevención del tabaquismo en el currículo escolar, de forma sistemática, en cada curso escolar.

Fuente: Ariza C, López MJ Guía “Vers una escola sense fum”

Agència de Salut Pública de Barcelona, 2005.

4. Un currículo preventivo del tabaquismo integrado en el currículo escolar

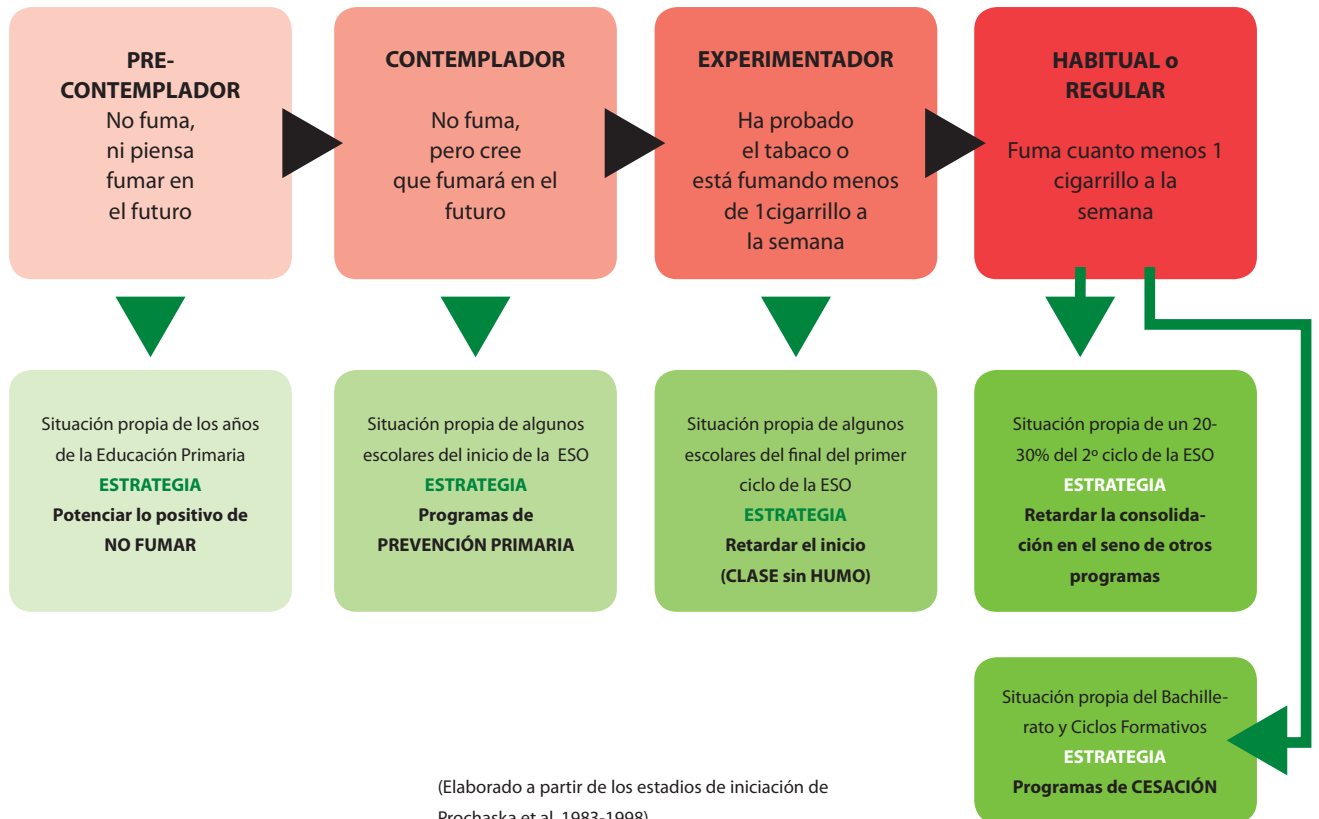
El proceso de adquisición de la conducta fumadora es un fenómeno dinámico que ha sido suficientemente estudiado y definido a través de los llamados “estadios de cambio” (Pallonen, 1998). Así, se ha definido una secuencia de pasos desde la intención clara de no consumir en el futuro (precontemplación) hasta el momento propio del consumo (acción) y de un modo regular (mantenimiento). Pero entre esos momentos, también se destacan dos estadios especialmente interesantes para la prevención, como es el de la contemplación o aquel momento próximo al inicio de la adolescencia en que las actitudes contrarias ante el tabaco se debilitan por la presión del entorno; y posteriormente el de la experimentación o prueba, propio de aquellos escolares que necesitan de él, antes de proseguir o dejarlo. Por todo ello, los programas de prevención han de dirigirse a ofrecer a los educadores un abanico de iniciativas que permitan hacer frente a estas situaciones diferentes.

Se reconoce que la prevención estrictamente hablando debe hacerse inmediatamente antes de que el consumo vaya a hacerse significativo, es decir, a partir de que un número considerable de componentes del aula vaya a tener ofertas concretas. En esos momentos, que suelen coincidir con el inicio de la escuela secundaria, es cuando se aconseja la aplicación de los módulos de prevención primaria. Un año más tarde, y de acuerdo a la rapidez como se dan los cambios en la adolescencia, los escolares son mucho más proclives a la experimentación. Sabemos que uno de cada diez va a hacer un consumo de riesgo de establecer la adicción, por lo que, para actuar en este momento, son útiles iniciativas mucho más conductuales que permitan ejercitarlos, mediante compromisos de aula e incentivos, en evitar la progresión del consumo y, cuanto menos, retardar la edad de inicio. Es el principio en el que se basa el programa europeo, iniciado en Finlandia, con más escolares en el momento presente: “Clase sin Humo”.

Cuando los escolares llegan al segundo ciclo de la Educación Secundaria y al Bachillerato, la prevención en sí misma se hace mucho más difícil y únicamente los programas que trabajan la toma de decisiones en el contexto más global de las drogodependen-

cias pueden ayudar a algunos de ellos a dar marcha atrás en el consumo. En el contexto de la Educación Secundaria Post-Obligatoria, probablemente el procedimiento más eficaz sea el ofrecimiento de la cesación, tal como se comenta en el próximo apartado.

La prevención del tabaquismo integrada y ajustada al currículo escolar



5. De la prevención a la cesación

Tal como se ha indicado previamente, la lucha contra el tabaquismo entre los jóvenes tiene un último paso en el ofrecimiento de la cesación tabáquica a aquellos a los que la prevención no ha podido disuadir del uso y posterior adicción del tabaco. Los últimos estudios sobre la dependencia de la nicotina han roto algunos esquemas iniciales, haciendo ver que en algunas personas, casi un tercio de todos los fumadores, la dependencia se establece sin relación con la cantidad de cigarrillos fumados, ni con el tiempo transcurrido desde el inicio. Parece que en este tercio, el desarrollo de la nicotina es rápido y tiene relación con la forma de buscar y fumar los primeros cigarrillos (DiFranza,2000). Estos datos se confirman en los pocos estudios realizados sobre cesación tabáquica en jóvenes, pues la mayoría de los jóvenes implicados muestran haber experimentado la adicción tabáquica.

Todavía es escasa la literatura científica sobre cesación tabáquica en jóvenes. Susman (2002) y McDonald (2003) han revisado una cincuentena de experiencias, la mayoría de EE.UU. y muestran que la principal estrategia, y la que también hasta el momento, ha presentado mejores evidencias de efectividad, es la de los grupos terapéuticos de cesación. A base del trabajo en grupos de 10-12 personas, dirigidas por un terapeuta, con un promedio de 6-8 sesiones de periodicidad quincenal, algunos trabajos han reportado tasas de cesación del 15 al 20%. La mayoría de estos estudios carecen de grupo control y de evidencia de su efectividad más allá de los 6 meses.

Otras estrategias que se han utilizado comprenden: el uso de las líneas telefónicas ("quit lines"), con unos resultados iniciales prometedores; el uso de programas "a me-

didia” con el ordenador (“computer tailoring programs”) ya previamente utilizados para la prevención, así como programas emplazados en webs (“web based programs”), con buenos augurios también hasta el presente; y con muchas menos perspectivas de efectividad se han probado también intervenciones farmacológicas con sustitutivos de nicotina y también bupropion; el consejo breve en consultas de atención primaria; y algunas intervención con el uso de “iguales” (líderes jóvenes de la misma edad o un poco mayores), de las que aún no hay evidencia establecida.

En el ámbito europeo, la Unión Europea ha emprendido estudios para establecer una línea de trabajo y unas guías de buena práctica, en los que ha participado España, con población andaluza, catalana, gallega, riojana y vasca, y que se encuentra en pleno proceso de evaluación. Estos estudios ayudarán a dimensionar las posibilidades reales de establecer intervenciones de este tipo en nuestro medio, de las que pueda garantizarse su viabilidad, su efectividad y unos costes proporcionados.

Principales procedimientos utilizados en los programas de cesación tabáquica en jóvenes

Procedimiento o estrategia utilizado	% de cesación observado (tasa de cesación)
Cesación espontánea Escolares que dejan de fumar espontáneamente	3-7%
Grupos terapéuticos de cesación Grupos de 10-12 personas que se reúnen semanal o quincenalmente durante 4-8 sesiones a lo largo de 2 a 6 meses	15-20%
Líneas telefónicas (“quit lines”) El individuo es orientado en su proceso a través de un terapeuta que monitoriza su progreso a través del contacto telefónico	15-20%
Programas “a medida” a través del ordenador (“computer tailoring programs”) Un programa hecho “a medida”, con mensajes prediseñados, ajustados a las casuísticas más comunes del fumador, va conduciendo el proceso	13-19%
Intervenciones farmacológicas Uso de terapia nicotínica sustitutiva (comúnmente comprimidos y chiclés en los jóvenes)	4-5%
Consejo individual Consejo dado por el profesional sanitario, comúnmente en el contexto de la atención primaria de salud	3%

Fuente: Elaboración propia a partir de las revisiones de Sussman,2002; y McDonald, 2003.

Referencias

1. Ariza C, Nebot M *La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro* Adicciones 2004; (16) supl.2:359-78
2. Ariza C, Nebot M *La prevención primaria del tabaquismo: un planteamiento integral* Prev Tab 2004; 6(1):18-25.
3. Ariza C, Giménez E, Nebot M, Juárez O, López MJ *Evolución del consumo regular de tabaco en escolares de Barcelona* Prev Tab Vol. 6 Supl.1, Nov 2004:146.
4. Ariza C, Nebot M, Villalbí JR, Diez E, Tomas Z, Valmayor S. *Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999)*. Gac Sanit 2003; 17: 190-195.
5. 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.

6. Biglan A, Ary DV, Smolkowski K, Duncan T, Black C. *A randomized controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use.* *Tobacco Control* 2000; 9: 24-32.

7. Botvin GJ, Eng A, Williams CL *Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training* *Prev Med* 1980; 9(1):135-43.

8. Bruvold WH A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83(6):872-80.

9. Crone M R, Reijneveld S A, Willemsen M C, van Leerdam F J M, Spruijt R D, Hira Sing R A *Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study.* *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 675-680

10. 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.

11. Evans RI *Smoking in children: developing a social psychological strategy of deterrence.* *Prev Med* 1976; 5(1):122-127.

12. 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.

13. 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.

14. Peterson AV Jr., Kealey KA, Mann SL, Marek PM, Sarason IG Hutchinson *Smoking Prevention Project: Long-term randomized Trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking.* *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1979-91.

17. 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.

18. Stead M, Hastings G, Tudor-Smith C *Preventing adolescent smoking: a review of options.* *Health Educ J* 1996; 55:31-54.

19. 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.

20. Thomas R *School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review).* In: 9. *The Cochrane Library.* Chichester, UK: John Wiley & Sons,Ltd; 2004, Issue 2.

21. Valmayor S, Ariza C, Tomás Z, Nebot M *Evaluación de una intervención de prevención del tabaquismo en el entorno escolar.* *Prev Tab* 2004;6(1):18-25.

22. Vartianen 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.

23. Wiborg G, Hanewinkel R *Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competiton" in delaying the onset of smoking in adolescence.* *Prev Med* 2002; 35:241-49.