



Agosto 2005

Prevención del tabaquismo en la adolescencia

José Galbe Sánchez-Ventura.. y Grupo PrevInfad
Pediatra. CS Torrero La Paz. Zaragoza
e-mail: Josegalbe@able.es

- .-Magnitud del problema
 - .-Factores predisponentes y protectores
 - .-Evaluación del consumo y de la dependencia
 - .-Niveles de clasificación del tabaquismo según el CO expirado
 - .-Consejo breve antitabaco
 - .-Consejo antitabaco en adultos
 - .-Consejo antitabaco en gestantes
 - .-Consejo antitabaco en adolescentes
 - .-Programas antitabaco en la escuela
 - .-Programas comunitarios
 - .-Tratamientos farmacológicos
 - .-Recomendaciones para profesionales de Atención Primaria
 - .-Calidad de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación
 - .-Bibliografía
 - .-Estrategias de Búsqueda
 - .-Direcciones útiles en internet
 - .-Anexo I. Folleto para el consejo antitabaco en adolescentes
-

Magnitud del Problema:

El tabaco es la primera causa de muerte evitable en los países occidentales¹ por lo que se constituye uno de nuestros principales problemas de Salud pública. El tabaquismo es además un hábito que a menudo se adquiere en la adolescencia y se considera también un riesgo para el consumo de Marihuana y otras drogas. En el programa Healthy People 2010² se han establecido estrategias para reducir el consumo de Substancias entre jóvenes. El Adolescente que comienza a fumar o a beber experimenta consecuencias negativas para su salud a corto plazo y está es peor durante toda la adolescencia .El fumar está implicado en 1 de cada 5 muertes y con las principales causas de muerte representando 435.000 muertes anuales en los EUA. Es por eso que el mencionado informe Healthy People 2010 establezca una serie de metas a alcanzar en relación con el tabaquismo :

Healthy People 2010²:

- 27.2: Reducir el porcentaje de adolescentes fumadores
- 27.3 :Reducir la iniciación en el consumo de tabaco
- 27.4: Incrementar la edad de los adolescentes que fuman por primera vez
- 27.7: Incrementar el número de adolescentes que lo dejan
- 27.9: Reducir el número de niños expuestos pasivamente al humo del tabaco .
- 27.14: Reducir la compra de tabaco por menores (medidas legales)
- 27.16: Disminuir la publicidad favorable al tabaco
- 27.17: Incrementar el porcentaje de adolescentes que desaprueban fumar

Podemos considerar la situación de la Unión Europea como muy similar a la nuestra si bien no se analizarán estas cifras³ .Analizaremos la situación en España partiendo de los datos que aporta el Ministerio del interior en su Plan Nacional de Lucha contra la Droga y con datos procedentes del año 2002⁴ podemos encontrarnos con los datos que figuran en las tablas 1 a 3

**Tabla 1. Consumo de tabaco En los últimos últimos 30 días
Encuesta bianual años pares N=25770 estudiantesd 14-18 años.**

	1994	1996	1998	2000	2002
Tabaco U30d	28,1 %	29,2 %	28,3 %	30,5 %	28,8 %

Tabla 2.- Consumo alguna vez en la vida

	1994	1996	1998	2000	2002
Alguna vez en la vida	34,1 %	34,6 %	34,7 %	34,4 %	32,8 %

Tabla 3 .-Evolución edad media de inicio de consumo

	2000	2002
Inicio de consumo	13,2 años	13.1 años
Consumo diario	14,4 años	14,4 años

El Riesgo percibido para el consumo habitual franja de edad entre 14-18 años: 75,1%

La Prevalencia de consumo habitual por sexos Hombre: 24,2 Mujeres: 33,1

El Consumo medio : 7,4 cigarrillos por días

Son exfumadores 6,5%

Se han planteado dejarlo el 83,4%

Policonsumo quienes han consumido tabaco son en un 95,5% consumidores ocasionales de Alcohol y el 69% de Cannabis

Como resumen se puede decir que en España aumenta progresivamente tanto el consumo experimental como regular, disminuye la edad de inicio de consumo y disminuye la percepción del riesgo con la edad. Además la prevalencia de consumo es superior en las mujeres. Un elevado porcentaje de fumadores han hecho algún intento de dejarlo además el tabaquismo se asocia con el consumo de alcohol y de cannabis.

Políticas legislativas:

Las políticas legislativas son un elemento importante de regulación de conductas y de protección del tabaquismo pasivo sin embargo cuando se analizan las políticas de diversos países de la Unión Europea se puede apreciar una gran heterogeneidad entre unos y otros países⁵

Wold⁴ reflexiona primero sobre las condiciones que debe tener una legislación restrictiva eficaz

- .-Consenso Normativo y cognitivo
- .-Refuerzos
- .-Cumplimiento
- .-Evaluación y Transparencia
- .-Participación de agentes clave
- .-Sanciones

El mismo autor analiza las políticas de 8 países Austria, Bélgica-Francófona ,Noruega, Finlandia, Dinamarca,, Westphalia, Escocia y Gales .Se evaluó:

- .-Si existían políticas nacionales claramente definidas-Objetivos Claros a alcanzar
- .-Restricciones en locales públicos
- .-Políticas en escuelas
- .-Planes de evaluación
- .-Procesos que refuerzan las políticas
- .-Si no hay restricciones generales las hay de algún tipo?

En Austria, Noruega y Finlandia : Se prohíbe el tabaco en lugares públicos con el objetivo de conseguir ambientes : interiores libres de humo . En las escuelas no está permitido fumar salvo en salas expresamente habilitadas para ello (profesores). En Austria no se prohíbe fumar en el exterior de la escuela. El único país que prohíbe fumar en el exterior es Finlandia desde 1994.

En Dinamarca la legislación restringe el tabaquismo en los locales públicos pero no en los privados.

En Alemania restricciones en locales de trabajo pero no se especifican escuelas como lugar expresamente prohibido y los alumnos de más 16 años así como los profesores pueden fumar en áreas habilitadas para ello.

En el reino Unido hay mucha variedad En general hay restricciones aplicables a locales de trabajo y cada escuela regulados de forma descentralizada por cada autoridad local que establecen sus propias normas pero nunca para todo el ámbito del Reino Unido. Como puede comprobarse sería conveniente realizar un esfuerzo de convergencia para unificar lo máximo posible las políticas antitabaco de toda la Unión Europea trazándose unos objetivos claros como los diseñados en el programa Healthy People 2010²

Factores Predisponentes y Factores Protectores:

Entre los factores predisponentes o protectores se citan la Intención del adolescente de fumar en el futuro. El control ejercido por los padres sobre la conducta del adolescente y las normas que establecen. También el hecho de tener amigos fumadores, el grado de cohesión de la familia ,el clima escolar y la aprobación o desaprobación por parte de los amigos y al percepción correcta o incorrecta acerca de la prevalencia de tabaquismo entre los amigos.

En un estudio prospectivo de intervención-control en 14 comunidades rurales de Minnessota⁶. Se estudia la influencia de normas sociales sobre el tabaquismo en adolescentes de Edad 14,7 años sobre 3128 chicas y 3146 chicos de 8º a 10º se distribuyeron de forma aleatoria al grupo de intervención o al de control .El estudio se realizó en 1998 . La mayor correlación se encontró con tener amigos que fumasen OR: 3,49 o hermanos OR: 2,06 seguido de la madre OR 1,79 y del padre OR 1,68

Otra variable muy relacionada con el hecho de fumar en el futuro es la intencionalidad que se puede también definir como susceptibilidad al tabaquismo .Susceptibles son aquellos no fumadores que sin embargo no tienen una convicción firme de no fumar en el futuro o dicho de otra manera que podrían contemplar esa posibilidad al no tener nada en contra. Por otra parte los estudios retrospectivos de cohortes subestiman la prevalencia del tabaquismo. En un estudio prospectivo de cohortes a 8 años vista⁷ y con el objetivo Valorar el poder predictivo de Ser susceptible al tabaco se analizaron los datos de escolares de North Carolina en 1994-1996 y se reevaluaron en 2002. Se consideró Susceptible aquel No fumador que no tiene una firme convicción contra el hecho de fumar. En estudios previos esta variable tiene mucho valor predictivo OR 3,5-3,7 para fumar en 2 años. Se valora preguntando:

.-¿Piensas que fumarás el año que viene?

.-¿Piensas que fumarás en el Bachiller ?.-

.-¿Crees que a tu edad los Chicos/as empiezan a fumar?

Se puede responder como: 0.-No 1.-Probablemente Sí 2.-Sí

Se clasifican como:

Fumador Corriente: 1 ó más cigarrillos en los últimos 30 d

Fumador.Estable: Unos 100 en su vida

Fumador Diario: 1 ó más C en los últimos 30 d previos a la encuesta

La profesión de los padres también parece tener que ver y a este respecto puede verse los datos del estudio de cohortes retrospectivo realizado en Nueva Zelanda⁸ en el que se pudo apreciar que las profesiones peor consideradas socialmente y retribuidas se correlacionaban con un mayor riesgo de fumar diariamente OR de 2,9 a la edad de 15 años.- Otras asociaciones importantes se encontraron con que hubiese fumadores en

casa OR 6 Preferir amigos fumadores OR 6,54 o el mismo hecho de tener amigos fumadores OR 3,36

Reininger⁹ realiza un estudio valorando distintos factores de protección o predisposición y operacionaliza un índice sintético de protección. Los factores son: Poca cohesión familiar, Buscadores de sensaciones, Actitudes positivas hacia las conductas de riesgo. El consumo de tabaco fue menos probable si la cohesión familiar era alta, existían prácticas religiosas en la familia, se daba una correcta supervisión por parte de los adultos y el ejemplo de los adultos no fomentaba fumar.

El clima de la escuela y el apoyo de los profesores también se comporta como factor protector frente al consumo de tabaco.^{10,11}

Otra cuestión a tener en cuenta son las relaciones intrafamiliares y dentro de esta se puede considerar el número de comidas familiares como un índice global de funcionamiento de la familia y ello es así porque la comida familiar ejerce varios papeles importantes de: socialización y.-comunicación. Las comidas familiares se asocian a un mayor número de horas que los padres pasan en el domicilio, mejores notas escolares, menor número de conductas de riesgo, mejor dieta, peso más adecuado y un riesgo cardiovascular más bajo.

Eisenberg¹² evaluó la asociación entre tabaquismo y comidas familiares: 26,7% Comían 7 o más veces por semana juntos y 33,1% 1-2 veces por semana.

La cohesión familiar valorada mediante una escala específica se asoció moderadamente a las comidas familiares OR: 0,27 p<0,001

A menor frecuencia de comidas familiares encontraron más síntomas depresivos, ideas de suicidio y menor autoestima. A mayor frecuencia menor consumo de alcohol, tabaco y marihuana. Los chicos que comen más de 7 veces tienen OR:0,42 para ser fumadores frente a los que no lo hacen nunca. Y para las chicas todas las relaciones son significativas excepto para autoestima.

Evaluación del consumo de tabaco:

Como es obvio deberemos disponer de cuestionarios que evalúen de forma específica el consumo de tabaco, las actitudes respecto al mismo y la posible existencia de dependencia física. Es importante unificar la metodología usada para valorar el consumo de cara a poder hacer comparaciones de diferentes fuentes epidemiológicas.³

Según el modelo Transteorético de Cambios de Prochaska y Diclemente¹³ los fumadores pueden ser clasificados en uno de los siguientes estadios

- .-Precontemplación
- .-Contemplación
- .-Preparación/Planificación inmediata
- .-Experimentación

Otra posibilidad de clasificación es la del modelo de susceptibilidad de Pierce

- .-No susceptibles(No se lo plantean y firmemente convencidos)
- .-Susceptibles (abiertos a la posibilidad de fumar aunque no fuman)
- .-Experimentación Consumo de < 100 cigarrillos
- .-Fumadores> 100 cigarrillos

Una propuesta de clasificación podría ser:

- .-**No Fumadores: No fuman Ni intención Próximo año (PA)**

.-Experimentador No susceptible: Ha fumado pero hace más de 1 mes y No intención PA

.-Experimentador susceptible: Ha fumado e intención PA

.-Fumador ligero: Ha fumado < 91-100 veces último mes e intención pero no muy probable

.-Fumador: Más de 91-100 con intención muy probable de fumar PA

Edad 16 a De 1,2

La evaluación de la dependencia de la nicotina la haremos con el clásico test de Fagërstrom modificado con ocho cuestiones como estas:

Test de Fagërstrom Modificado:

.-¿Fumas en casa?

.-¿Cuánto tiempo después de levantarte te apetece fumar tu primer cigarrillo?

.-¿Cuándo vas a algún lado y fumas ¿cuánto tiempo después de llegar lo haces?

.-¿Fumas en la escuela?

.-Es duro no poder fumar .En Cuanto puedes ¿ cuanto tiempo tardas en fumarte un cigarrillo?

.-¿Fumas cuando estás tenso o estresado?

.-¿Fumas cuando estás sólo?

.-¿Fumas cuando estás con tus amigos?

Finalmente será conveniente corroborar el informe que nos dé el propio adolescente con una cooximetría o medición de CO expirado o con una medición de los metabolitos de la nicotina cotinina ya sea en orina o en saliva

Niveles de clasificación del tabaquismo según el CO expirado:

Se trata de objetivar la cantidad de CO en el aire expirado. Se utiliza un medidor o cooxímetro de precisión que mide las concentraciones de CO y nos da mediciones en partes por millón o ppm. Hay que pedirle al paciente que respire hondo y mantenga 10 segundos la respiración para luego soplar de forma lenta y progresiva tratando de vaciar completamente los pulmones. El cooxímetro nos informa en pocos segundos de las cifras de CO y también nos da la correlación con las cifras de carboxihemoglobina. Cifras menores de 10 ppm corresponden a no fumadores. Las cifras de CO se correlacionan no sólo con el número de cigarrillos por día sino también con la forma de fumar. Los fumadores esporádicos suelen tener cifras entre 7-10 ppm y las cifras de CO suelen normalizarse a las 48-72h . En algunos casos la normalización se produce en un tiempo muy corto de 120-140 minutos por lo que algunos autores consideran más seguro considerar como no fumadores los que tienen cifras de CO inferiores a 8 ppm.

Consejo Breve Antitabaco:

Se ha hecho mucho esfuerzo en desarrollar métodos de consejo breve antitabaco en adultos así como para valorar su eficacia sin embargo es poco lo investigado todavía en el campo de la adolescencia. Sin embargo antes de afrontar la cuestión de cómo realizar el consejo y su eficacia vale la pena plantearse lo que para el adolescente significa el hecho de fumar. Existen trabajos realizados con enfoque antropológico y metodología cualitativa que abordan esta cuestión¹⁷

Se ha de tener en cuenta que fumar en grupo puede ser una actividad de socialización importante para el adolescente y que en alguna medida esas actividades que realiza mientras fuma y que ellos creen imposibles de hacer sin tabaco son necesarias para su maduración personal. Así el fumar puede tener el significado de ser aceptado, de pertenencia a un grupo, de Identidad etc. Además, el tabaco es un formidable vehículo para iniciar conversaciones o ,compartir una actividad o crear un ambiente de grupo.

El tabaco puede permitir a algunos adolescentes lidiar con el estrés diario, permitiendo relajarse y sentir que ejercen un control sobre sus vidas, despejando emociones y sentimientos negativos. Puede también proporcionar calma,relax y permitir entablar relaciones más fácilmente.

Si dejan de fumar dejan también todo esto y hay que ayudarles a clarificar su disposición a interrumpir el hábito ,lo que les va a suponer, proporcionar ayuda para afrontarlo, mejorar sus habilidades de comunicación y de afrontamiento del estrés, reflexionar sobre los intentos sin éxito.

Es una realidad por otra parte la escasa prevalencia del consejo breve en las consultas de pediatría de atención primaria , tampoco en las consultas de los dentistas es frecuente el consejo a pesar de la alta tasa de frecuentación de ambas al cabo de un año¹⁸. En un estudio realizado sobre la clientela de dentistas y pediatras de atención primaria en E.U.A se vio que alrededor de un 70% acudían a la consulta de uno u otro al cabo de un año. El estudio que se presenta se basa en la National youth Tobacco Survey de 2000 puso de manifiesto que el OR de haber recibido consejo de un médico fue de un 1,81 para el grupo de fumadores habituales por parte del médico y de un 1,51 para los dentistas.

Entre los fumadores habituales el 16,7% habían recibido consejo médico y el 11,6% consejo del dentista.

Los factores predictores de hacer uno o más intentos de dejarlo en el último año:

OR de Recibir Consejo del dentista: 1,25

OR de Recibir consejo del médico: 1,88

Está documentado asimismo la mayor tendencia del médico de familia sobre el Pediatra a la hora de hacer anamnesis de consumo y consejo antitabaco tanto a padres de niños como en la adolescencia^{19,20}

No es el objetivo de este artículo desarrollar el tema de la eficacia del consejo breve en adultos sin embargo se debe recordar que en el caso de las mujeres de riesgo social alto tienen una prevalencia de tabaquismo de un 40-60% lo que ya nos da una idea del elevado riesgo de tabaquismo pasivo que sufren estos niños ya desde el embarazo. Es por tanto este colectivo es de especial interés para realizar consejo . Como se puede apreciar en la tabla 12 el consejo fué eficaz en este colectivo para el intento de dejar el tabaco.

En un estudio prospectivo intervención versus control en mujeres de bajos ingresos²¹ asistentes a clínicas pediátricas en Wash (EUA) N=303. La intervención consistió en un entrevista motivacional de 10 min por parte del pediatra que transmite mensajes acerca de los peligros del tabaco para madre e Hijo . También la intervención motivacional de una enfermera entrenada y tres llamadas de seguimiento . Se tomaron niveles de CO expirado y se hicieron las correspondientes encuestas.. La media eran 12 cigarrillos por día . El 80% habían intentado dejarlo UA y el 33% llevaron Tratamiento. El 23% estaban en Precontemplación 43% contemplación 34% Preparación .El 6(% preocupadas por sus hijos y el tabaco.El consejo antitabaco se mostró eficaz en este

grupo de mujeres con unas buenas tasas de abandono del hábito a los 12 meses aunque con unos intervalos de confianza amplios OR ajustada 2,77 (IC 95% 1,24-6,6) y para la abstinencia sostenida 1,83(IC 95% 0,29-14,3)

Thorndike²² Analiza la capacidad de investigación que el médico o el especialista tienen respecto del hábito de fumar así como la prevalencia del consejo. Analiza 16.648 visitas a adolescentes entre 11-21 años con datos procedentes de la National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) entre 1991 y 1996. Se pudo apreciar que constaba la anamnesis sobre tabaquismo en un 70,7% pero sólo recibieron consejo el 1,6%. Fue más probable que los médicos de primaria realizaran anamnesis OR: 1,7 y consejo OR: 3,43 consejo respecto a los especialistas. También fue más probable que recibiesen consejo aquellos adolescentes con patologías relacionadas con el tabaco. Es evidente que en España existen las mismas carencias en cuanto a falta de costumbre por parte de los médicos que atienden adolescentes en cuanto a anamnesis de consumo y consejo antitabaco.

Consejo antitabaco en Adultos²³⁻²⁶:

El primer estudio de intervención sobre tabaquismo en Atención primaria se realizó en 1979 reportando una eficacia de un 5,1% de abandono de tabaco a los 12 meses tras el consejo breve. En la revisión de Schwartz²³ entre 1978-1985 la mediana de la eficacia fue de un 6% y las intervenciones más intensivas informaron de resultados de eficacia entre el 13-38% con una mediana del 22,5%.

En el meta-análisis realizado por Silagy²¹ para evaluar la eficacia del consejo breve del médico de atención primaria en el cese del hábito tabáquico entre 6-12 meses después se informa que la efectividad global del consejo breve fue de un 2,5% lo que supone un efecto pequeño pero que implica un beneficio global importante dado lo simple de la intervención (NNT: 40). El OR para el cese del tabaquismo con consejo breve 6-12 meses después fue de 1,69(IC95% 1,45-1,98). No hubo diferencias significativas entre realizar consejo intensivo o breve si bien se aprecia una cierta tendencia a que el consejo intensivo es más eficaz. Si al consejo breve inicial se le añade una visita de seguimiento la OR es de 2,66 (IC95% 2,06-3,45) frente a OR de 1,59(IC 96% 1,33-1,9) sin esta visita de seguimiento. Se apreció una efectividad mayor del consejo en grupos de pacientes con enfermedades de alto riesgo en relación al tabaquismo OR de 1,82 (IC95% 1,44-2,29).

Existe evidencia limitada acerca del entrenamiento formal de profesionales²⁴ para ofrecer consejo breve antitabaco Sin embargo, parece que el entrenamiento incrementa el número de actividades preventivas antitabaco que realizan estos profesionales. En 1988 Wilson realizó un amplio estudio de comparación en el que profesionales entrenados obtuvieron unos porcentajes de cese de tabaquismo mediante consejo de un 8,6% frente a un 6,1% y 4,4% respectivamente de otros dos grupos de comparación con profesionales no entrenados de forma específica (p<0,01). Este resultado no se ha reproducido con otros estudios.

La conclusión es que el consejo breve antitabaco realizado en el marco de la consulta de atención primaria incluso con intervenciones muy breves ofrece un beneficio pequeño pero significativo en cuanto al cese del hábito tabáquico. Este efecto es algo mayor si se ofrecen visitas de seguimiento o si se trata de pacientes con patologías a alto riesgo en relación al tabaco.

Consejo antitabaco en gestantes:

En un metaanálisis de 11 estudios randomizados con asignación individual sobre intervenciones durante el embarazo dedicadas a la prevención de del tabaquismo y del del bajo peso^{27,28}. Agrupa una población total de 3.994 mujeres gestantes. Se estudian los RR sobre el cese del tabaco y el RR agrupado es de 1,94 (IC 95% 1,61-2,34).

Existen también estudios sobre intervenciones realizadas en la consulta de pediatría sobre madres de recién nacidos bien fumadoras bien exfumadoras que habían dejado el hábito tabáquico durante el embarazo. Las intervenciones podían ser breves o intensivas^{27,28} y se estudiaron de forma aleatoria las prácticas de 49 pediatras aleatorizando las madres a intervención breve o intensiva y realizando un seguimiento a 6 y 12 meses midiendo cese de tabaquismo, mantenimiento o recaída, número de cigarrillos por día (cpd) así como conocimientos y actitudes de las madres. Se comprobó que a los 12 meses las fumadoras que habían cesado durante el embarazo se mantenían como tal con más frecuencia (32,8% vs 26,1% en intervenciones intensivas). Las fumadoras al inicio del estudio era más probable que dejaran con una intervención intensiva y que se mantuviesen a los 6 y 12 meses (2,3% vs 1,2%). A los 12 meses sin embargo no se vieron diferencias ni en el grupo de fumadoras ni en el grupo que inicialmente eran no fumadoras frente a este hábito. Cuando se ajusta por edad, hábito del marido, nivel de educación y hábito al inicio del estudio. Por el contrario se apreció a los 12 meses un menor consumo en número de cigarrillos por día entre las fumadoras actitudes más negativas frente al tabaco así como mayor número de conocimientos frente a los efectos secundarios del tabaquismo pasivo. También se apreció una mayor predisposición a reintentar dejarlo entre las que recayeron.

Consejo antitabaco en adolescentes:

Metodología del consejo:

El consejo debe darse de modo que el mensaje sea positivo, ya que los adolescentes no les motiva hablar de salud y menos a largo plazo. Habrá que utilizar estrategias como aspectos estéticos, deportivos y económicos. Es conveniente formular las preguntas con estilo indirecto como, "Es probable que alguno de tus mejores amigos fume, ¿no es así?" o "¿Tienes intención de fumar en los próximos meses? La edad a la que debe iniciarse la anamnesis sobre consumo de sustancias no es una edad fija, sino que puede variar en función de la madurez del chico o de la chica, así como de las circunstancias concretas de los mismos, pero se sitúa en el intervalo de 11 a 14 años.

Y por último, el consejo debe ser adecuado a la personalidad de cada individuo. Lo más importante y efectivo es el consejo continuado y dado por diferentes profesionales, ya que la continuidad de la atención a través del tiempo permite que se hagan intervenciones breves, pero que ejercen un importante efecto a lo largo plazo, evitando recaídas o el inicio como fumador habitual. En el Anexo 1 se adjunta un folleto diseñado por la red de investigación de Atención primaria de Aragón para realizar consejo antitabaco en adolescentes.

Deben conocerse los recursos de cada comunidad para la prevención y tratamiento de adicciones y valorar la derivación si estuviera indicada.

A continuación se describen las diferentes formas de realizar el consejo en diferentes edades Tabla 4 y ver también Anexo I:

Tabla 4 Recomendaciones sobre CONSEJO ANTITABACO

<p>Embarazadas.- En las actividades preventivas antes del parto y consultas que acudan con otros hijos. Registrar en historia clínica. Consejo orientado a la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante y al normal crecimiento fetal. Ofrecer consulta antitabaco si es necesario.</p> <p>Padres.- Realizar consejo en las primeras visitas. Se debe reinterrogar al menos cada dos años. En todas las visitas relacionadas con patología respiratoria y otitis media recidivante. Consejo orientado a disminuir morbilidad respiratoria y prevención de modelos de conducta inadecuados. Ofrecer derivación a consulta antitabaco si es necesario.</p> <p>Adolescentes.- Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud. Consejo orientado a los aspectos estéticos, como oscurecimiento de los dientes y mal aliento y bajo rendimiento deportivo, además de posibilidad de adicción al tabaco.</p>

Programas antitabaco en la escuela:

Deben basarse en un modelo explicativo claro acerca del consumo de drogas casi todos ellos se basan en el modelo de aprendizaje social, modelo transteorético de cambios cognitivos, modelo de creencias sobre la salud u otros¹. En función de este enfoque los PPE tratarán de modificar una o varias de las variables que influyen o determinan el consumo de sustancias. La mayoría de los PPE inciden en la capacidad de resistencia, habilidades sociales, resolución de problemas así como en el aumento de la autoestima. Es importante que el enfoque sea participativo y multidimensional es decir que incluya también actividades dirigidas a padres y en la medida de lo posible participación comunitaria. Algunos programas son en realidad programas más amplios: prevención cardiovascular y hábitos saludables, prevención de conductas de riesgo en la adolescencia.

En general los PPE pueden clasificarse en uno de estos grupos basados cada uno en un modelo explicativo del consumo:

PPE basados en la información: los currícula de estos programas se basan en aportar información sobre prevalencias de consumo de sustancias y riesgo de los mismos.

PPE basados en la competencia social. Parten de la teoría del aprendizaje social de Bandura (Bandura 1977) en la que se propone que el aprendizaje se produce por imitación y modelado de la conducta más refuerzos positivos o negativos. A su vez se

ve influido por situaciones favorecedoras y por determinadas habilidades sociales. Estos programas actúan mediante la instrucción, demostración representación de papeles, refuerzos, también en técnicas de afrontamiento del estrés y mejora en la autoestima.

PPE basados en las Influencias sociales. Se basan en el modelo de Evans (Evans 1976). En estos PPE están presentes todos los elementos descritos en el apartado anterior pero insisten en el uso de la educación normativa y en las técnicas específicas de resistencia (“capacidad para decir que no”) así como la corrección de creencias que sobreestiman la prevalencia del consumo de sustancias entre adolescentes y adultos (“no es tan normal...”) y la presencia de comités anticonsumo o la enseñanza de técnicas conductuales específicas.

PPE Multimodales: combinan elementos de unos y otros y además incorporan actividades o programas dirigidos a padres. Políticas comunitarias o medidas o iniciativas legislativas.

Los PPE deben dedicar parte de su tiempo a la formación de los responsables de implementar el programa, ya sean los propios maestros u otro participantes.

La evaluación de la eficacia y efectividad de los PPE es la parte más complicada por varias razones: lapso de tiempo largo entre implementación (5-8 años) e inicio de posibles consumos 3-5 años, pérdidas de sujetos participantes que sesgan la evaluación. existencia de variables de confusión, unidad de evaluación (individuos o escuela) a veces no muy clara. Existen también poblaciones de alto riesgo o con diferencias étnicas y culturales que requerirían modelos de abordaje diferentes.

La mayoría de los PPE, cuyas evaluaciones podemos encontrar en la literatura, son de procedencia anglosajona. En España los más difundidos son el PIPES de la fundación de ayuda a la drogadicción y el PASE del Ayuntamiento de Barcelona . No obstante existen numerosos PPE de ámbito municipal que presentan una metodología correcta pero que son difíciles de encontrar y cuyas evaluaciones, si las tienen se refieren a ámbitos poblacionales reducidos.

Se analizan a continuación los resultados de los mejores trabajos de evaluación sobre PPE partiendo de los adtos de la Revisión De Thomas en la librería Cochrane sobre los trabajos de mayor calidad

A.-Información versus control:

A pesar de no encontrar trabajos de buen acalidad se analizaron 2 trabajos con dos intervenciones inespecíficas (Kellman) En uno de ellos la intervención consistía en el “Juego del buen comportamiento” en el que los maestros definían las conductas adecuadas e inadecuadas y se establecía un sistema de ganancia de puntos por conductas adecuadas. La otra intervención estaba dirigida al aprendizaje de Dominio para la lectura. Se supone que a más nivel de aprendizaje de dominio y mejor comportamiento fumarían menos. El estudio se hizo en Baltimore 19 escuelas de 1º

RR para Buen C= 0,62 IC 95% 0,40-0,97

RR para Dominio = 0,46 IC 95% 0,24-0,87

B.-Influencias sociales (IS) versus control

El Hutchinson Project 2000 consta de 65 sesiones sobre IS + Habilidades para manejarles y Marketing. . El estudio se realizó con 8388 estudiantes y .No hubo diferencias significativas entre Grupo de Intervención (GI) y Grupo control (GC).

El estudio de Aveyard de 1999 Sistema experto basado en la teoría transteorética de cambio de Prochaska con 8535 estudiantes de 89 escuelas del UK. No hubo diferencias significativas

El estudio de Cameron de 1999 .La intervención son 6 lecciones en 6° sobre información, consecuencias sociales y fisiológicas a corto plazo y 3 lecciones en 7° sobre un total de . 4971 estudiantes . De los no fumadores en 6° sólo el 65% seguían siendo no fumadores en 8°. La curva de OR era favorable al GI si el porcentaje de fumadores era > 20% y al OR de los estudiantes de alto riesgo del GC sobre los 4 grupos del GI era de 1,5.

El estudio Studens Helping others understand tobacco. Es un estudio con 18 lecciones a lo largo de 36 meses en 3.655 estudiantes de Sandiego. A los 36 meses los resultados se reflejan en la tabla 5..

Tabla 5

GRUPO	Prevalencia de No Fumadores Ultimo mes	RR nivel individual	RR-Escolar	p
Grupo intervención	13,2	0,72	0,71	<0,05
Grupo Control	22			

El Proyecto ALERT de California liderado por estudiantes con 8 sesiones en 7° y 3 de refuerzo en 8° .Participaron 6.527 estudiantes y la evaluación se hizo a los 24 meses. No hubo Diferencias entre GI y GC..

También se evaluaron 4 programas en Minessota y no hubo diferencias entre ellos. El AAPT Alcohol Prevention Trial es un estudio que compara

1° Programa de información 4 sesiones de 45 minutos.

2° Entrenamiento resistencias: 4 sesiones sobre consecuencias

3ª Educación normativa 3 sesiones sobre Información 3,5 sobre Resistencia 3,5 sobre Normas conservadoras.

4° Combinado Educación normativa (EN) y Educación en Resistencia (ER). Participaron 3.011 Estudiantes 12 escuelas durante 12 meses

A los 12 meses con EN se produjeron menores tasas de fumadores 8,1 versus 10,3 p<0,005 y para la variable fumar en los últimos 30 días. 4,8% versus 6,5% p<0,005

A los 2 años

La ER dió lugar a menos fumadores de acuerdo con la media de clase p=0,0041. La EN produjo menos fumadores versus Información en media de individuos y clase. Con la suma de EN+ER se observaron menos Fumadores que con Información al considerar la media de clase

El estudio de Biglan 1987 Intervención sobre IS en Oregón sobre 13 escuelas y 3.387 escolares de 7° a 12°. La intervención consistió en 5 sesiones 4 días consecutivos sobre habilidades de decir No ,presiones, efectos y una sesión de refuerzo a las 2 semanas y un mensaje dirigido a los padres

El tabaquismo se midió por el índice de Pechacek= Consumo en la ultima semana + (7 x c día al año en fumadores del GI 19,4% vs 29,6 % GC p<0,005
Niveles de CO 5,3 vs 10,7 ppm No Significativo.

C.-Competencia social e influencia social combinados: CS+IS

El proyecto Towards no drug abuse TND consta de 9 sesiones. 3 sobre motivación, escucha, mitos y estereotipos. 3 sobre dependencia y 3 sobre alternativas sin drogas .Se midieron consumos en una escala de 11 niveles de 0-100 cigarrillo por mes y se tomó el CO-expirado . Para el TND con 715 estudiantes de 18 escuelas en California se produjo una reducción en el consumo de un 27% al año del grupo liderado por educadores para la salud respecto del grupo autoinstruido.

D.-Influencia social versus competencia social

E.-Proyecto Sixteen (Biglan 2000). Es un proyecto que compara comunidades apareadas en Oregón con 2 tipos de:

GI: 35 sesiones sobre información, influencia y competencia sociales , presión de medios de comunicación y de pares, actividades para jóvenes, comunicación con padres ,menor venta de tabaco a jóvenes VERSUS Intervención escolar tan sólo. Se Evalúa al año y a los 5 años. Participaron 8 comunidades de Oregón con 2.187 y 2.251 estudiantes al año y 2.045 y 2.120 a los 5 años.Se observan los resultados en la tabla 6.

Tabla 6. Prevalencia de consumo en escuela

	Esc+Comunidad	Escuela	P
Año1	8,7	12,4	P<0,022
Año5	12,4	13,8	P>0,05

El proyecto CATCH de salud Cardiovascular contó con la prticipación de 7.827 estudiantes de 4 estados y 24 escuelas a los 3 años y no hubo diferencias significativas entre grupos de intervención y control

Programas Comunitarios:

En la revisión sistemática de Arblaster²⁹: se identificaron 13 estudios metodológicamente adecuados. Los estudios que comparaban GI versus no intervención o promoción estándar (GC-0) fueron 9 (Davidson, Winkley, Perry, Piper, St Pierre, Sussman, Vartianen, Baxter, Murray). De ellos 2 informaron de reducciones en el CT en el GI versus GC-0. Ambos eran programas diseñados como estudios a largo plazo para la prevención de factores de riesgo cardiovascular (Perry, Vartiainen). Se dirigían a toda la población e incluían actividades específicas dirigidas a escolares y en el marco escolar. El estudio Clas-1989 Minessota es una parte de un programa amplio de prevención cardiovascular MHHP (Perry 1994) del cual se seleccionaron 2 de las 6

ciudades participantes para participar en un PPE de 5 (1984-1989) años de educación comunitaria que incluía la promoción de: Ejercicio, comida sana, control TA y no fumar y recibió un PPE tipo conductual durante 3 años. La prevalencia semanal durante 1989 en el GI fue menor que en el GC. En 1989 CT 14,6% en el GI frente a 24,1% GC ($p=0,04$). En 1986 las muestras de saliva para tiociano ya confirmaban estos resultados: GI: 39 ug/ml vs 54 ug/ml ($p=0,0002$).

El estudio de Karelia del norte es un amplio estudio de prevención cardiovascular que comenzó en 1972 que a lo largo de 8 años que incluyó una gran campaña mediática. (Vartiainen 1998) Durante 1978-80 se añadieron 2 diferentes componentes escolares al PEPD: Una de cada 2 escuelas llevaban uno u otro PPE entre las 2 seleccionadas por provincia. El tercer par de escuelas de otra provincia siempre fue utilizado como control y no recibió intervención (GC-0). Quince años después cuando los componentes del estudio tenían 28 años CT fue 22% más bajo en el GI frente al GC-0.

El estudio Healthy Life Project es un amplio estudio de prevención cardiovascular que incluye: redes sociales, redes escolares, pares en la escuela, familia, comunidad que está pensada para influir en el comportamiento de los jóvenes (Piper 1999) , EL PPE puede ser administrado tanto de forma intensiva como más pausada (12 semanas seguidas ó 12 semanas por bloque de edad en 3 años). Se combina con actividades para padres, familia, comunidad. La evaluación muestra reducciones en CT en el GI frente GC de un 8%.

El Action Hearth Program (Baxter 1997) es un programa de prevención cardiovascular (PPCV) amplio dirigido a población general y niños en 3 años en 2 comunidades. La diferencia fue entre un 6-8% siendo mayor para las niñas.

The smokebusters (“caza humos”) es una comunidad, en realidad como un club, para la prevención del CT dirigida a jóvenes y niños que resalta los aspectos positivos de no fumar frente a las desventajas (Davidson 1992). Es un modelo de PPE pensado para ámbitos rurales y con bajo coste. Las diferencias fueron de un 7-8% entre grupo de intervención y control.

Tres estudios comparan el PPE frente al componente escolar únicamente (Biglan, Sussman, Gordon). Un estudio compara el PPE frente al mismo sin el componente escolar (Kauffman) y un estudio compara el PPE con sus componentes: mediático + escuela + casa, frente a componente mediático sólo (Pentz). Dos estudios encontraron diferencias significativas (Biglan,Pentz) y dos (Gordon y Sussman) no las encontraron. Un estudio (Kaufmann) no encontró diferencias entre grupos pero sí disminución en CT sobre el CT inicial (Kaufman).

Project Six Teen es un PPE de 3 años de duración que incluye: componente mediático, medidas antitabaco, menor acceso al tabaco, actividades comunitarias y familiares (Biglan). Las comunidades se distribuyeron aleatoriamente al GI o GC que incluía solamente el componente escolar del mismo PPE. Después de 3 años la prevalencia de CT en el último mes en el GI fue significativamente diferente y se incrementó en un 7,3% en el GC y sólo en el 3,6% en el GI. Sin embargo, al medir el CO expirado estas diferencias no se objetivaron.

Algunos PPE tienen diversas metodologías. De ellos 4 son en realidad programas de prevención cardiovascular dirigidos a población general (Winkleby, Vartiainen, Baxter,

Perry). Tres PPE se dirigen sólo a disminuir el CT en jóvenes (Kaufmann, Davidson, Gordon). Uno se dirige a disminuir el CT con medidas de salud pública (Murray) y cuatro son PPE dirigidos a jóvenes pero que también se dirigen a alcohol, drogas (Biglan, St Pierre, Piper, Sussman). Hay muchas dificultades en la evaluación de PPE comunitarios: resultados, comunidades heterogéneas, participantes, mezclas de datos (pooling). Por otra parte el usar la escuela como unidad muestral produce dificultades a la hora de extrapolar y generalizar conclusiones. Por otra parte cuando se valora la eficacia de los PPE comunitarios es importante saber el grado de exposición a mensajes mediáticos y el grado de cumplimentación del programa incluso la calidad de los docentes etc. Los resultados intermedios no son medidos de igual forma en todos los trabajos sino que unos u otros seleccionan unas u otras variables en función del modelo teórico que están aplicando. No todos los trabajos parten del mismo modelo teórico. Además deben tenerse en cuenta muchos factores locales que pueden hacer que los resultados de la revisión sean o no extrapolables. (Factores culturales, idiomáticos, minorías religiosas o étnicas, grupos de alto riesgo...)

Algunos estudios bien diseñados muestran reducciones moderadas ^{29,30} entre un 8-22% en el consumo de tabaco a medio largo plazo. Algunos de estos PPE son estudios más amplios de prevención cardiovascular. Otros PPE que sólo disponen del componente escolar (no el mediático ni el comunitario) dan lugar a un menor incremento en la tasa de fumadores con el paso del tiempo a favor del GC (3,6% frente a 7,3%).

En resumen los programas comunitarios parecen ofrecer un beneficio pequeño a favor de los grupos de intervención en la prevención de tabaquismo y consumo de alcohol y no hay evidencia disponible sobre su influencia sobre el consumo de otras drogas. Las dificultades metodológicas, de evaluación, implantación así como los costes son todavía muy grandes.

Tratamientos farmacológicos:

Tratamiento con parches de nicotina

La eficacia de parche de nicotina para adolescentes en estudios previos fue del 14,5% al final estudio y 5% a los 6 meses.(Smith 1996)³¹. En un segundo estudio (Hurt 2000)³² la eficacia fue del 11% a las 6 semanas y del 5% a las 26 semanas.

No hay tan apenas estudios aleatorizados y doble ciego para valorar la eficacia de los parches de nicotina en adolescentes. El estudio de Hanson³³ es un estudio aleatorizado y doble ciego sobre Adolescentes fumadores de 13 a 19 años interesados en dejar de fumar que se reclutaron por teléfono cuando llamaban a interesarse por el programa.

Los criterios de selección fueron:

- .-Fumador de al menos 10cigarrillos por día (cpd) durante 6 meses
- .-No consumo de tipo de tabaco
- .-Motivado con una puntuación de 7 sobre 10 para dejar de fumar
- .-No tratamiento con nicotina con nicotina

Se excluyeron si tomaban psicofármacos, drogas o presentaban patología psiquiátrica
Se realizó un estudio previo: Anamnesis, Analítica general, CO, Cotinina

Se aleatorizaron a uno de los 2 grupos: Parches o Placebo

Parches de Nicotina: si fumaban > 15 cpd 21 mgrs durante 6 semanas más 14 mgrs durante 2 semanas más 7 mgrs durante 2 Semanas.

Si fumaban entre 10-14 cpd 14 mgrs durante 6 semanas y 7 mgrs durante 4 semanas.

Los parches se mantienen 24 h y se reponen cada mañana.

Dejan de fumar 1 semana tras visita 0 hasta la víspera de visita 1 (TODOS).

Durante las visitas terapia cognitiva 10-15 min.

Para la evaluación de la dependencia: Se utilizó el Fagerström tal y como figura en otro apartado de este mismo texto.

Se utilizó un sistema de puntos (contingencias) intercambiables por dinero o regalos por mantener un CO < 8 ppm.

La duración de la abstinencia desde la fecha de cese se midió mediante la regresión de Cox y no se vieron diferencias significativas entre GI y GC $X^2 = 1,02$ $p = 0,31$. Aunque para el grupo de los que dejaron al menos un día el tiempo de abstinencia fue de 18 días para GI versus 4 días para el GC. Los que acudieron al centro de investigación fue mas probable que iniciasen la abstinencia que los que fueron vistos en el colegio.

El análisis de los puntos de prevalencia (a los 7 d y a los 30d) no mostraron diferencias significativas

Los que terminaron el estudio pero no dejaron de fumar redujeron sus niveles de CO y los cpd $F = 18,65$ $p < 0,001$. Los niveles de CO bajaron desde 16,2 ppm Visita 0 hasta 4,2 1 semana postcese y a las 10 semanas subió a 6,6 ppm. El número de cpd pasó de 16,3 Visita 0 a 6 1 semana postcese a 1,1 a las 2 semanas y 3,7 a las 10 semanas. $F = 167,84$ $p < 0,001$

Respecto al cumplimiento del tratamiento terminaron el Tto 50% GI y 56% GC. Las pérdidas en escuela 48,8% Vs 60% en el centro investigador.

Con un modelo de regresión lineal la cotinina más elevada y el Fagerström más elevado se correlacionaron bien con las pérdidas y éstas con el fumar a los 5 min de despertarse.

Los del GI respondieron que los parches eran útiles o muy útiles con más frecuencia que los del GC 95,8 % vs 62% $p = 0,08$. La terapia cognitiva fue útil o muy útil para el 84,5%. La frecuencia de visitas para el 96,2%. El refuerzo: 86,8%. Los puntos por bajar CO a < 8 ppm para el 88,7%.

El estudio de Moolchan³⁶ tiene un diseño doble ciego y doble placebo con distribución aleatoria que compara tres grupos de tratamiento de adicción al tabaco en adolescentes fumadores : Parches de nicotina de 21 mgrs, chicles de 2 y 4 mgrs y Placebo (parche o chicle). La intervención duró 12 semanas. Se hizo terapia conductual en todos los casos y todos eran fumadores de al menos 10 cpd y con más de 5 puntos en el test de Fagerstrom.

El cumplimiento del tratamiento fue mucho mayor con los parches que con los chicles 82,4% vs 50,7%. En los tres grupos hubo tasas elevadas de abstinencia 18% Grupo parche 6,5% para el grupo chicle y 2,5% para el placebo. Estas tasas persistían a los 3 meses.

Tratamiento con Bupropion combinado con parches de Nicotina:

Respecto al Bupropion en adultos a los 6 meses la eficacia es del 16% placebo y 27% Bupropion (Hurt 1997)³⁴. En el estudio de Jorenby³⁵ de 1999 la eficacia del placebo a los 6 meses fue de 19%, Nicotina 21%; Bupropion 35% y Bupropion + Nicotina. 39%

Se hace el estudio³⁷ en la zona de la Bahía de San Francisco sobre 211 fumadores de 15-18 años randomizados a Nicotina +Placebo N=108 ó Nicotina +Bupropion= 103. No hubo por tanto diferencias significativas. Los autores achacan estos malos resultados a que se emplearon dosis bajas de Bupropion 150 mgrs y a que el cumplimiento del tratamiento fue bastante deficiente. Metabolitos detectados en la 5ª semana en el 38% y sólo el 22% refirieron tomar correctamente el tratamiento.

Recomendaciones para Profesionales de Atención Primaria:

.-Realizar anamnesis de consumo y consejo breve antitabaco en padres y madres al menos una vez cada dos años y especialmente en grupos:

- .-Socialmente desfavorecidos
- .-Si hay patología relacionada con el tabaco
- .-Gestantes

.-Derivar a consulta antitabaco si ello es posible en casos indicados.

.-Realizar anamnesis en adolescentes de forma oportunista o bien de forma programada en las revisiones sistemáticas y en las consultas por patología relacionada al menos una vez al año.

.-Clasificar a los fumadores según su nivel de consumo y actitudes de cambio.

.-Realizar test de Fagerström modificado si hay indicios de dependencia.

.-Realizar consejo breve antitabaco según metodología propuesta.

.-Derivar para terapia cognitivo conductual si estuviera indicado y si hay recursos para ello.

.-Valorar en casos concretos terapia con parches de nicotina solos o combinados con Bupropion.

.-Participar si ello es posible en programas y actividades comunitarias y escolares de prevención del tabaquismo.

Calidad de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación:

Clasificación de la Canadian Preventive Services Task Force (CPSTF)
<http://www.ctfphc.org/>

Calidad de la Evidencia:

I: Evidencia obtenida al menos de un ensayo clínico aleatorizado y controlado o de un metaanálisis.

II-1: Evidencia obtenida de un ensayo clínico con grupo control sin distribución aleatoria

II-2: Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o de casos-controles, preferentemente realizados en más de un centro o de un equipo de investigación.

III: Opiniones de reconocidos expertos, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Fuerza de la Recomendación:

A: Existe buena evidencia científica que sostiene que la actividad sea específicamente incluida en un examen periódico de salud.

B: Existe suficiente evidencia científica que sostiene que la actividad sea específicamente incluida en un examen periódico de salud.

C: Las pruebas existente son conflictivas y no permite realizar una recomendación a favor o en contra de la actividad, sin embargo, otros factores pueden influenciar la toma de decisiones.

D: Hay pruebas aceptables para pronunciarse en contra de la actividad.

E: Hay buenas pruebas para pronunciarse en contra de la actividad.

I: Hay insuficientes pruebas (en cantidad y/o calidad) para hacer una recomendación, sin embargo, otros factores pueden influenciar la toma de decisiones.

**Tabla 7. Clasificación de la evidencia y de la fuerza de la recomendación:
Según la clasificación de la Canadian Preventive Services Task Force (CPSTF)**

Actividad	Población	Resultados Esperados	Calidad de la Evidencia y Fuerza de la recomendación
Programas Escolares	6-18 años	Aumento conocimientos y mejoran actitudes frente a tabaco	II-2-B
Programas Escolares	6-18 años	Disminuye Consumo de tabaco	III-I
Programas Comunitarios	Adolescentes	Disminuye Consumo de tabaco	III-I
Programas basados en Medios de comunicación	Adolescentes	Disminuye Consumo de tabaco	III-I
Consulta breve en Atención Primaria	Adultos	Disminuye consumo de tabaco	II-I-A
Consulta breve en Atención Primaria	Gestantes	Disminuye consumo de tabaco	III-I
Consulta breve en Atención Primaria	Adolescentes	Disminuye Consumo de tabaco	III-I

Bibliografía:

- 1.- Thomas R. Programas escolares para la prevención del tabaquismo. En: La librería Cochrane plus 2005, n°2. Oxford : Update software. Ltd. Disponible a. <http://www.update.software.com> (traducido de The cOchrane library ,2005 Issue 2. Chichester UK .John Wiley & Sons.Ltd Fecha de la modificación más reciente 17 de julio de 2002
- 2.-JW Kulig. Committee on Substance abuse. AAP: Tobacco, Alcohol and others drugs: the Role of the Pediatrician in Prevention, Identification And Management of substance Abuse. Pediatrics 2005;115(3):816-22
- 3.- Global tobacco collaborative Group Global tobacco surveillance system (GTTS). The Journal of school health 2005; 75(1):15-25
- 4.- Ministerio del interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Lucha contra la Droga. Encuesta sobre drogas a población escolar ,2002 Pediatría de Atención Primaria 2004;6(21) 149-167
- 5.- Wold B, Curie C, Roberts C, Aaroe LE. National legislation on smoking restrictions in eight European countries. Health promotion international 2004;19(4):482-489
- 6.- Eisenberg M, Forster Adolescent smoking behavior . Measures of Social norms JL Am J Prev Med 2003;25(2):122-8
- 7.- Jackson C, Dickinson D. Cigarette Smoking during childhood and persistence of smoking through adolescence. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2004;158(11):1050-57.
- 8.- Droomers M, Shcivers C, Casswell S, Mackenbach P. Father's occupational group and daily smoking during adolescence: Patterns and predictors. Am J Pub Health 2005;95(4):681
- 9.- Reininger B, Evans A, Griffin S, Sanderson M, Vincent ML, Valois R et al. Predicting Adolescent Risk Behaviour based on an ecological framework and assets. Am Journal of Health & Behavior 2005;29(2):150-62
- 10.- Mc Nelly C, Falci C School connectedness and the transition into and out of social belonging and teacher support . The Journal of School Health 2004; 74(7): 284-93
- 11.- Eitle D, Eitle T School county characteristics as predictors of school rates of drug, alcohol and tobacco offenses. Journal of Health and Social Behavior 2004;45(4):408-22
- 12.- Eisenberg M, Olson R, Neumark-Sztainer D, Story M, Bearinger M. Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 2004;158(8):792-797
- 13.- Sun P, Unger J, Sussmann P. A new Measure of smoking and progression among adolescents Am Journal of health behaviour 2005;29(1): 3-12

- 14.- Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D. Treatment of Adolescent Smokers With the Nicotine Patch . *Nicotine–tobacco research* 2003;5(4): 515-26
- 15.- R Abéngozar, Jiménez Ruiz (eds) Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. En: Programa de intervención educativa en población general sobre tabaco. Madrid; OMC (eds), 2003-2004 ;88
- 16.-González Ruiz JM, Barrueco M, Cordovilla R, Hernández-Mezquita MA, Rivas P. Usefulness of CO measurements in expired air in the Study of tobacco Youth adolescents. *Rev Clin Esp* 1988;198(7):440-2
- 17.- Seguire M, Chalmers K. Addressing the costs of “quitting” smoking: A health promotion issue for adolescent girls in Canada. *Health Promotion International* 2000;15(3):227-37
- 18.- Shelley D, Cantrell J, Faulkner D, Haviland L, Haelton Ch, Messeri P. Physicians and Dentist Tobacco Counselling and Adolescent Smoking Behavior: Results from the 2000 National Youth Tobacco Survey. *Pediatrics* 2005;115(3):719-726.
- 19.- Pérez-Stable E, Juárez Reyes M, Kaplan C, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein V. Counseling smoking parents of young children. Comparison of Pediatricians and Family Physicians. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2001; 155(1):25-32
- 20.- Kaplan C, Pérez –Stable EJ, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein S, Juárez-Reyes M. Smoking Cessation counseling with Youth patients . The practices of Family physicians and pediatricians.. *Arch of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2004;158(1): 83-92
- 21.- Curry S, Ludman E, Grothaus E, Stout J; Lozano P . Pediatric based Smoking program for low income women. A Randomised Study *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2003;157(3): 295-303
- 22.- Thorndike A, Ferris T, Randall S, Stafford S, Rigotti NA. Reports of U.S: physicians counselling adolescents about smoking. *Journal of the National Cancer Institute* 1999; 91(21): 1857-63
23. Silagy C, Stead LI. Physician advice for smoking cessation. Cochrane review. In: *Cochrane Library*, Issue 4, 2002.
- 24.-Cordoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Robledo T. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de Expertos del PAPPs. *Ate Primaria* 2001;28(Supl 2): 27-41
25. Individual behavioral counselling for smoking (Cochrane review) in : *Cochrane library* Issue 4, 2002
26. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane review. In: *Cochrane Library*, Issue 4, 2002.

- 27.-Mullen D, Ramírez G, Groff JY . A metaanalysis of randomised trials of prenatal smoking cessation interventions . J of Obstetrics & Gynecology 1994;17(1):1328-1334.
- 28.-Lumley J, Oliver S, Waters E Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane review. in Cochrane library issue 4,2002-11-17
29. Arblaster N, Sowden A. Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane review 2002;2:1-30
30. Secker-Walker RH, Warden JH, Holland RR, Flynn BS, Detsky S. A mass media programme to prevent smoking among adolescence: cost and cost-effectiveness. Tobacco control 1997;6(3):207-12
- 31.-Smith TA, House RF, Croghan IT, Gauvin TR, Colligan RC,Offord KP et al . Nicotine patch therapy in adolescent smokers .Pediatrics 1996;659-667
- 32.-Hurt RD, Croghan GA, Breed SA, Wolker TD, Croghan IT, Patten CA. Nicotine patch therapy in 101 adolescents smokers.Archives of Pediatric & Adolescent Medicine 2000;154:31-36.
- 33.- Hanson K, Allen S.Jensen S,, Hatsukami D. Treatment of Adolescent Smokers With the Nicotine Patch . Nicotine–Tobacco Research 2003;5(4): 515-26
- 34.-Hurt RD,Sachs D.P.L., Glover ED, Offord KP, Johnston JA;Dale LC et al. A comparison of of sustained released bupropion and placebo for smoking cessation. New England journal of Medicine 1997337:1195-202.
- 35.-Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA. Hughes AR. A controlled trial of sustained released bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. New England journal of Medicine 1999;340:659-667
- 36.-Moolchan E, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL,Wallace B Pickworth S et al. Seguridad y eficacia de los chicles de nicotina para el tratamiento de la adicción al tabaco en el adolescente URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1894
- 37.- Killen J, Thomas N, Ammmerman CA, Hayward C Rogers J, Stone c et al. Randomized Clinical Trial of the Efficay of Bupropion Combined With Nicotine Patch in the Treatment of Adolescents Smokers. Journal of consulting and clinical psychology 2004;72(4):729-735

Estrategias de Búsqueda utilizadas:

Se ha buscado en las siguientes bases de datos:

Medline,Embase, Proquest, Cochrane Library, National Clearinghouse, Tripdatabase, Google

("Tobacco"[MeSH] OR "Tobacco Use Cessation"[MeSH]) AND "Smoking"[MeSH] AND ("Adolescent"[MeSH] OR "Adolescent Health Services"[MeSH] OR "Adolescent Behavior"[MeSH] OR "Adolescent Development"[MeSH] OR "Adolescent Psychology"[MeSH] OR "Adolescent

.(["Counseling/education"](#)[MAJR] OR ["Counseling/utilization"](#)[MAJR]) AND ["pregnancy"](#)[MESH] AND ["Substance-Related Disorders/prevention and control"](#)[MAJR] AND ["smoking/prevention and control"](#)[MAJR]

["mass media"](#)[MESH] AND ["mass media/utilization"](#)[MAJR] AND (["Substance-Related Disorders/epidemiology"](#)[MESH] OR ["Substance-Related Disorders/legislation and jurisprudence"](#)[MESH] OR ["Substance-Related Disorders/prevention and control"](#)[MESH] OR ["Substance-Related Disorders/trends"](#)[MESH]) AND ["drinking"](#)[MESH] AND ["Alcoholism/prevention and control"](#)[MESH] AND (["smoking/prevention and control"](#)[MESH] OR ["smoking/trends"](#)[MESH]) AND ["tobacco"](#)[MESH] AND ["Adolescent"](#)[MAJR] ["Medicine"](#)[MeSH])

Adolescent And Smoking Or Tobacco And Counseling

Adolescent And Smoking Or Tobacco And Nicotine

Adolescent And Smoking Or Tobacco And Bupropion

Adolescent And Smoking Or Tobacco And Expired CO

Direcciones útiles en Internet:

Altet N, El pediatra y el tabaco en Atención Primaria.

<http://www.tabaquismo.freehosting.net/> Actualizado Diciembre 2003

Plan Nacional de lucha contra la droga: Observatorio Español de Drogas

<http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/oed-5.pdf>

Ministerio de Sanidad y consumo .Legislación sobre tabaco.

http://www.msc.es/proteccionSalud/adolescenciaJuven/prevenir/cont_legislacion.htm

Ministerio de Educación y ciencia . La prevención del tabaquismo

<http://www.cnice.mecd.es/recursos/primaria/transversales/tabaquismo.htm>

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

Tabaquismo en pediatría .Prevención en adolescentes.

<http://www.spapex.org/spapex/tabaquismo.htm>

Gobierno de Canarias. Concurso Clase sin humos.

http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/epidemiologia/tabaco/CLASE_SIN_HUMO_04_05/inscripcion.htm

Sociedad española de expertos en tabaquismo

http://www.sedet.es/secciones/noticias/noticias.php?id_categoria=2&anyo=2004&mes=9

Centers for disease control. (CDC) Tú, los jóvenes y el tabaco

http://www.cdc.gov/spanish/tabaco/teen_tabaco.htm

Anexo I. Folleto del Grupo Aragonés de Investigación en atención Primaria

Sobre el tabaco, sabías que...

Si fumas, cuando estés cerca de un chico va a notar el mal aliento, lo que resulta muy desagradable.

El tabaco supone un coste económico muy importante con el que podrías hacer muchas otras cosas más beneficiosas.

El tabaco produce manchas en tus dedos y en tus dientes que perjudican tu imagen externa.

El tabaco "engoncha" de forma que llega un momento que no puedes estar sin fumar. Serás una persona dependiente de un cigarrillo.

El tabaco afecta a tus pulmones lo que disminuye tu capacidad para entrenar o hacer deporte.

El tabaco, a pesar de lo que digan, te hará difícil mantener tu peso ideal.

El tabaco hará que tosas con frecuencia y puede predisponerte a tener infecciones respiratorias o bronquitis.

Como ves, el tabaco daña tu imagen física, te impedirá hacer deporte y te hace gastar mucho dinero, entre otras cosas. Entonces, ¿Para qué vas a fumar?

CUESTIONARIO

Nº encuesta: Clase:

Grupo Int: Grupo Cent:

ESTAS PREGUNTAS SON TOTALMENTE ANONIMAS Y CONFIDENCIALES.

Nos gustaría contar con tu opinión. Por favor, responde a las siguientes preguntas.

año: mes: día:

Sexo: Mujer Hombre

¿Fumas? Sí No

Nº de cigarrillos por día festivo:

Nº de cigarrillos por día laborable:

¿Crees que fumarás el año que viene? Sí No

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

¿PARA QUÉ VAS A FUMAR?

Como ves, el tabaco daña tu imagen física, te impedirá hacer deporte y te hace gastar mucho dinero, entre otras cosas. Entonces, ¿Para qué vas a fumar?

¿PARA QUÉ VAS A FUMAR?

GAIAP
GRUPO ARAGONÉS DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

redIAPP
Red de Investigación en Atención Primaria de Aragón