

Programa de prevención y tratamiento del tabaquismo desde la escuela: una llamada a los pediatras

J.A. López Andreu¹, J.A. Ortega García², J. Ferrís i Tortajada³, P. Pont Martínez⁴, E. Serrano Poveda⁵, M.C. Benedito Monleón⁶, Grupo de Trabajo de Prevención del Tabaquismo de las Escuelas San José-Jesuitas. Valencia*

¹Sección de Neumología Pediátrica. Unidad de Salud Ambiental Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ²Unidad de Salud Ambiental Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Unidad de Oncología Pediátrica. Unidad de Salud Ambiental Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁴Unidad de Educación para la Salud. Servicio de Promoción de la Salud. Consellería de Sanitat. Valencia. ⁵Centro de Salud de Benicalap Azucena. Valencia. ⁶Psicólogo clínico. Unidad de Salud Mental de Burjassot. Valencia

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LA ESCUELA

La Organización Mundial de la Salud define la promoción de la salud como el proceso de capacitación de la persona para incrementar el control de los determinantes de su salud y, secundariamente, mejorarla⁽¹⁾. Desde el campo de la salud pública, el proceso, aparentemente sencillo, de identificar los factores de riesgo, transmitir este conocimiento a la población y esperar que su conducta cambie encuentra tres obstáculos: 1) el desconocimiento actual de muchos de los factores de riesgo; 2) la dificultad para el cambio de la conducta; y 3) la continua incorporación de sujetos como población de riesgo⁽²⁾. Probablemente el reto al que se enfrentan los especialistas de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud es redescubrir el propósito para el que la sociedad los preparó técnicamente, que no es más que definir los medios para crear un ambiente que favorezca una capacidad de afrontamiento autónoma, personal y responsable⁽³⁾. Ello supone centrar la atención en los problemas que preocupan a la población y ante los cuáles está dispuesta a actuar, favorecer su participación activa y dotar de recursos a estas iniciativas⁽²⁾.

Según Lalonde la salud de las poblaciones está determinada por la biología, el medio ambiente, los estilos de vi-

da y la sanidad (servicios y sistemas de salud). Si bien se ha considerado las elecciones personales y el estilo de vida el elemento con mayor peso de los cuatro, muchas de estas opciones personales vienen condicionadas por elementos ambientales que escapan irremediabilmente del control individual. Por tanto, es necesario dirigir los esfuerzos a mejorar el entorno cuando es éste el que condiciona el estado de salud, como es el caso de las sociedades pobres sin infraestructuras ni recursos o de los niños y niñas de cualquier colectividad, cuya autonomía es limitada. Con este planteamiento, el ámbito de la salud se amplía más allá de la curación que persigue la sanidad y sus profesionales, incluyendo aspectos sociales, culturales y políticos con el objetivo de promover la salud con la participación de todos los sectores sociales⁽⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud como el proceso que incluye el conjunto de oportunidades, específicamente elaboradas para la enseñanza y la difusión, que permitan mejorar la información, la cultura, los conocimientos y las habilidades personales dirigidas a promover la salud individual y la colectiva, incluyendo la del medio ambiente. No se trata sólo de informar sino de capacitar al individuo para la conservación de su salud⁽¹⁾. La educación para la salud en la escuela se con-

Correspondencia: Juan A. López Andreu. Sección de Neumología Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Avda de Campanar 21. 46009 Valencia
E-mail: lopez_jal@gva.es
Recibido: Noviembre 2007

*Grupo de Trabajo de Prevención del Tabaquismo. Curso 2006-2007: María Ángeles Andrés, Francisco Bautista, Pepa Blasco, Eva Fernández, Miriam Gallego, Ricardo Gómez, Ferràn Ibiza, Alba López, María del Mar Luis, Gema Higuera, Patricia Lupiáñez, Purificación Marín, María Jesús Martín, Ángeles Noé, Constanza Navarro, Nadir Oliver, Ana Ortí, Cristina Rivas, Isabel Salvador, Raúl Sánchez, José Ignacio Tembl, Ángela Tórtola.

templa como un contenido transversal. Los contenidos transversales se caracterizan por su carácter integrado, puesto que hacen referencia a situaciones que comprenden aspectos relacionados con diferentes disciplinas, y por su complejidad, pues la adecuada comprensión de los mismos requiere del desarrollo de capacidades, tanto cognoscitivas como procedimentales, a partir de las cuales el alumnado pueda asumir actitudes elegidas de forma autónoma y racional. Por ello, su aprendizaje exige que sean tratados de forma recurrente y progresiva, desde los primeros cursos hasta finalizar la Educación Obligatoria⁽⁵⁾. La colaboración de los departamentos educativo y sanitario de cada Comunidad Autónoma ha generado los materiales básicos para el profesorado, si bien asociaciones profesionales y ONGs han ampliado el contenido y la temática de los mismos, así como el grupo destinatario, incluyendo a progenitores y alumnado. A modo de ejemplo, sugerimos consultar la página web de recursos de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid: <http://www.educa.madrid.org/portal/>.

Aparentemente, la educación para la salud no carece de interés institucional, ni de contenidos, ni de agentes que la impartan. Sin embargo, hoy son preocupantes las cifras de adolescentes con trastornos de la alimentación, consumo habitual de drogas legales (tabaco y alcohol) e ilegales, o que consultan por embarazos no deseados posibles o reales. Cuando se pregunta por quién tiene la responsabilidad de tal paradoja, la educación para la salud no escapa de lo que José Antonio Marina denomina “la rueda infernal de las excusas, en la que los padres echan las culpas a la escuela, la escuela a los padres, todos a la televisión, la televisión a los espectadores, al final acabamos pidiendo soluciones al Gobierno, que apela a la responsabilidad de los ciudadanos/as, y otra vez a empezar”. Según Ignacio Calderón, director general de la Fundación de Ayuda a la Drogadicción, “la llamada crisis de la educación no está tanto en fallos o problemas estructurales, programáticos o de dotación –que los hay– cuanto en este divorcio entre los distintos agentes de una tarea que sólo desde el compromiso colectivo se hace posible”⁽⁶⁾. En otras palabras y reproduciendo un proverbio de una tribu africana: “para educar a una criatura hace falta la tribu entera”⁽⁷⁾.

Recientemente, Ariza y Nebot⁽⁸⁾ hacían hincapié en la necesidad de desarrollar la prevención primaria del tabaquismo en la escuela, sumando al esfuerzo los componentes comunitarios y del entorno que hicieran comprensiva esta estrategia. Otros han ido más allá, insistiendo en la necesidad de iniciar los programas escolares tempranamente, abordar simultáneamente el tabaquismo parental (de su entorno más próximo) e intervenir en el ámbito comunitario con medidas que restrinjan el acceso, reduzcan la aceptación social, incrementen el conocimiento de los efectos y minimicen los lugares permitidos para el consumo de tabaco⁽⁹⁾.

EL MEDIO AMBIENTE CRECIENTE EN LA INFANCIA

Durante la gestación, el entorno en el que crece el feto se limita al de la madre. La exclusiva exposición materna al humo del tabaco tiene efectos perjudiciales sobre el desarrollo fetal. Tras el nacimiento, el ambiente se amplía al domicilio familiar, el contacto con el resto de miembros de la familia y los/las amigos/as de ésta, y secundariamente aumenta la probabilidad de exposición al humo del tabaco. Con la escolarización el círculo de interacción se amplía a la escuela, manteniéndose habitualmente en estos límites hasta la pubertad. Independientemente del incremento progresivo del riesgo de tabaquismo pasivo y sus consecuencias nocivas biológicas, hay que considerar que hasta este momento, en su aprendizaje, el/la niño/a ha seguido los modelos de los progenitores y profesores, cuya capacidad de influencia es decisiva. Los cimientos sobre los que en la adolescencia construirá un entorno propio se han fraguado durante la primera década de la vida; los hábitos y creencias heredados se han transmitido explícita e implícitamente durante este período. Por tanto, desatender el papel que podemos realizar hasta la adolescencia amparándonos en que es entonces cuando comienzan a fumar es desaprovechar una oportunidad única y desgraciadamente irreplicable. Finalmente, con la adolescencia y la búsqueda de la propia identidad, se forman grupos de amigos/as con intereses afines, en los que los sentimientos de pertenencia y aceptación están sujetos a las normas y hábitos que los definen. El/la adolescente aspira a ser protagonista de sus decisiones marcando un territorio diferenciado del de las personas adultas con quienes convive, restringido a su círculo de amistades cuya influencia sobre su conducta es ahora capital. Junto con los/las amigos/as, los medios de comunicación (televisión, radio, revistas, Internet, cine) juegan un papel especialmente importante en esta época de definición de su propio estilo diferenciado⁽¹⁰⁾.

FACTORES DE RIESGO

Los/las amigos/as y hermanos/as mayores condicionan el hábito tabáquico adolescente, tanto por su influencia inductora como disuasoria según el caso. El ambiente de ocio en el que se constituyen los grupos de iguales, la accesibilidad al tabaco en términos de disponibilidad (oferta) y capacidad económica (demanda), la actitud y hábito tabáquico de los progenitores, la adicción (consumo) a otras drogas (alcohol), la exposición al humo del tabaco y la eficiencia de la absorción de la nicotina durante los primeros años de vida, junto con otros factores de carácter individual (rasgo de personalidad, bajo rendimiento escolar, sexo, edad) o social (desestructuración familiar, bajo nivel socioeconómico, medios de comunicación) son factores de riesgo conocidos^(8,11-13). La progresiva limitación de la publicidad del tabaco en los países occidentales ha hecho que la industria derive sus inversiones al mundo del cine y la televisión por la asociación que

existe entre la visión de películas en las que se fuma y el establecimiento del hábito en espectadores adolescentes⁽¹⁴⁾. Por último, la actitud hacia el tabaco, determinada por las creencias y ganancias atribuidas, predice el consumo futuro⁽¹²⁾. Los estudios longitudinales han evidenciado que cuanto más precoz es el inicio del tabaquismo, mayor es la influencia del tabaquismo parental, la dependencia de la nicotina y el riesgo de mantener el consumo, no sólo de tabaco sino también de alcohol en la edad adulta^(15,16). En consecuencia, es necesario iniciar las acciones preventivas y de deshabituación antes de la adolescencia y prolongarlas hasta el final de la misma. Por otro lado, las estrategias preventivas que consideren los factores de riesgo y las características sociales e individuales (bajo rendimiento escolar, conductas violentas, desestructuración familiar, valores de la cultura familiar, etc.) probablemente obtengan mejores resultados al considerar al individuo como un todo^(17,18).

MODELOS DE INTERVENCIÓN ESCOLAR

En 1994, el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) norteamericano publicó las líneas maestras que debían reunir los programas escolares de prevención del tabaquismo para ayudar al personal docente a su implementación⁽¹⁹⁾. Los autores consideraban la realización de estos programas un imperativo ético. Los objetivos marcados eran: 1) reforzar y capacitar a los/las alumnos/as no fumadores/as para mantenerse como tales; 2) inducir al abandono del tabaco en fumadores/as ocasionales o regulares; y 3) facilitar ayuda a quienes fracasasen en el intento.

Según estas directrices, los componentes que debe incluir un programa escolar de prevención del tabaquismo para maximizar su efectividad son:

- Desarrollar y aplicar una política escolar sobre el consumo de tabaco.
- Instruir sobre los efectos negativos para la salud a corto y largo plazo, las consecuencias sociales de las mismas, las influencias sociales y la dinámica grupal relacionadas con su inicio, y las habilidades para saber decir no.
- Iniciar el programa con la escolarización, mantenerlo hasta el final de la educación obligatoria e intensificarlo en la adolescencia.
- Entrenar específicamente al profesorado para la aplicación del programa.
- Implicar a los progenitores y familiares para apoyar el programa.
- Fomentar, apoyar y canalizar el abandono del hábito tabáquico de los/las alumnos/as y personal escolar.
- Evaluar periódicamente el programa.

Desde su publicación se han implementado diversos programas escolares y recientemente se han realizado revisiones sistemáticas sobre su efectividad. Algunos autores⁽²⁰⁾ han puesto en duda la efectividad de los mismos, aunque se ha cuestionado la metodología empleada (sesgo de selección)⁽²¹⁾.

Además, aquellos programas con resultados desfavorables no reunían 3 de las 7 recomendaciones citadas: inicio precoz y durante toda la escolarización, implicación de los progenitores y familiares, y oferta de deshabituación a alumnos/as y personal escolar. En realidad, la mitad (“sólo la mitad” para los autores más críticos) de los estudios de mayor calidad, que combinan intervenciones de influencias sociales y competencia social, obtienen una reducción significativa de la adquisición del hábito respecto al grupo control⁽²²⁾. Como dice Sussman⁽²¹⁾, cuestionar los programas de prevención escolar sin matizaciones sólo consigue poner en riesgo la investigación que permita incrementar nuestro conocimiento para mejorar la aplicación y evaluación de los mismos. Afortunadamente las estrategias escolares de prevención son consideradas la medida más efectiva para reducir el número de nuevos fumadores y en cuyo desarrollo hay que seguir investigando⁽²³⁾. La cuestión no es si son efectivos, sino en qué circunstancias y población lo son^(18,24). Gracias a los estudios realizados, hoy sabemos:

1. Que los programas de orientación racional, basados en el suministro de información sobre los efectos perjudiciales, no son efectivos⁽²²⁾.
2. Que los programas basados en el tratamiento de las normas y competencia (habilidades) sociales reducen el tabaquismo de los adolescentes^(8,22).
3. Que los contenidos de los programas efectivos incluyen la motivación como el punto de partida, que se traduce por el entrenamiento en habilidades sociales para resistir la presión grupal y la toma de decisiones, y consigue una mejora de la autoeficacia y la autoestima^(25,26).
4. Que es fundamental que la población a quien se dirigen las actividades tenga un papel activo y su participación sea una experiencia enriquecedora⁽²⁷⁾.
5. Que las intervenciones deben iniciarse en la educación primaria, antes del comienzo de la experimentación^(15,28).
6. Que la inclusión de programas de deshabituación, preferiblemente en el entorno escolar, contribuye a la prevención^(29,30).
7. Que la prevención de otras conductas (violencia, consumo de alcohol, marihuana y cocaína) reduce el tabaquismo secundariamente⁽²⁵⁾.
8. Que son necesarias las normas escolares que aseguren un ambiente sin humo⁽³¹⁾.
9. Que la participación de los padres en el programa es deseable y necesaria⁽²⁵⁾.
10. Que la red social del/de la adolescente y sus valores culturales y normativos respecto al consumo de drogas influyen en el efecto que tienen los programas preventivos aplicados por redes sociales en vez de por aulas⁽³²⁾.
11. Que la adaptación de los contenidos a las características culturales e individuales mejora los resultados y que, consecuentemente, los programas no son igual de efectivos en individuos y entornos sociales diferentes⁽¹⁸⁾.

12. Que las acciones aisladas en el tiempo, una vez iniciado el consumo, y sin intervenciones paralelas para cambiar el entorno pueden no ser costo efectivas y obtener resultados favorables sólo transitoriamente⁽³³⁻³⁵⁾.

OBSTÁCULOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR

Aunque es un tema obviado en la mayoría de publicaciones que comunican los resultados de estos programas, representa el principal motivo de desaliento y eventual pérdida de continuidad. Los planes de salud plurianuales contemplan en sus objetivos el desarrollo de acciones preventivas, cuya implantación a menudo es incompleta y cuya evaluación está casi siempre exenta de autocrítica. Conocer esta situación ayuda a afrontar con realismo una tarea que exige esfuerzo, constancia y entusiasmo.

Los obstáculos identificados en otros países^(30,36) no difieren de los encontrados en nuestro entorno:

- Exigencias académicas y no académicas a los colegios (al profesorado).
- Escasez de fondos económicos.
- Contingencias políticas.
- Fragmentación de competencias.
- Diversidad geográfica (autonómica).
- Reticencia de los/las adultos/as (profesores y progenitores).
- Dificultad para aplicar los programas de acuerdo a criterios científicos rigurosos.

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE ADOLESCENTES EN LA ESCUELA

El inicio del consumo de tabaco se produce alrededor de los 13 años, el número de fumadores diarios alcanza un máximo a los 16⁽⁸⁾. Hasta los 18 años, menos del 5% abandonarán espontáneamente el hábito y hasta el 33% de los fumadores ocasionales dejarán de serlo sin ayuda. Aquellos que no interrumpen el hábito seguirán fumando una media de 15-20 años. Aunque casi dos terceras partes de adolescentes fumadores declaran estar interesados en dejar de fumar, menos del 20% están dispuestos/as a hacerlo a corto plazo y casi ninguno/a sabe cómo hacerlo o a quién recurrir en busca de ayuda. Si se consideran los efectos perjudiciales prevenibles con la interrupción precoz del consumo, los programas de deshabituación están justificados. Éstos deben contemplar la adolescencia como un período de cambios evolutivos físicos, emocionales, cognitivos y sociales que limitan la extrapolación de técnicas empleadas en la edad adulta. Los aspectos a considerar para garantizar su éxito son la preservación de la confidencialidad frente al tutelaje parental como refuerzo de las conductas de autocontrol, el respeto de la autonomía del/de la adolescente, la inclusión de fumadores/as y no fumadores/as como población diana, la adaptación de contenidos al desarrollo cognitivo,

intereses y circunstancias, el entrenamiento en técnicas de control del estado de ánimo y del estrés, la accesibilidad a la terapia en términos geográficos y de tiempo, la prolongación del seguimiento ante eventuales experiencias vitales que determinen una recaída o el abandono de la terapia^(37,38).

Existen 2 programas de deshabituación tabáquica en el entorno escolar considerados modélicos por diversas instituciones norteamericanas, cuyos resultados son alentadores.

- *Not On Tobacco*⁽³⁰⁾. Se trata de un programa en el que participan la Universidad de West Virginia, los departamentos de Salud Pública y de Educación de este estado norteamericano y, con posterioridad, la *American Lung Association* (ALA). El programa se desarrolla desde el año 1999, en centros comunitarios o en colegios con una política bien definida antitabaco y está dirigido a alumnos de 14-19 años. Los objetivos son el abandono del tabaco, la reducción del consumo, el incremento de las conductas saludables (dieta y ejercicio físico) y la mejora de las habilidades sociales, de afrontamiento, control del estrés y toma de decisiones. La participación es voluntaria en grupos del mismo sexo (estudiantes y dinamizador/a). Consta de 10 sesiones semanales y 4 de refuerzo de 50 minutos de duración, en horario escolar. Los/las dinamizadores/as pueden ser profesores/as, enfermeros/as o voluntarios/as entrenados/as por la ALA. Las actividades del programa están dirigidas a: 1) identificar las razones de fumar y las excusas para no dejarlo, las creencias y conductas reforzadoras del hábito, los desencadenantes y otras barreras para el abandono; 2) reconocer y entender la adicción a la nicotina, el efecto de la publicidad y las situaciones de riesgo de recaída; 3) adquirir habilidades sociales, para decir no, para controlar el estrés, para clarificar las ideas y tomar decisiones, para mejorar la autoeficacia y la asertividad. En comparación con otras estrategias de deshabituación, el doble de adolescentes que han seguido el programa ha dejado de fumar a los 3 meses.

- "EX"^(29,39). Este programa se desarrolló a partir del programa de deshabituación TNT (*Towards No Tobacco Use*) en la Universidad de Southern California. Está dirigido a alumnos de 14-19 años en grupos de 8-15. Hasta la fecha se han realizado cuatro fases: la primera evaluó la eficacia en grupos de terapia de estudiantes segregados de la escolarización normalizada (grupos de garantía social en España) respecto a un grupo control, la segunda evaluó su generalización en colegios de China, la tercera comparó los resultados con estudiantes de escuelas normales y la cuarta aplicó el programa en el entorno del aula en centros escolares de garantía social. Los/las facilitadores/as hacen una presentación breve del programa en las aulas para reclutar fumadores/as que quieran participar voluntariamente en el programa (fases 1,2 y 3 del programa), alcanzando una participación del 30% del total de candidatos/as (fumadores/as). En la

TABLA 1. Actividades por colectivos participantes y cursos

Cursos	EP 2º, 4º, 6º	ESO 2º	3º	Bach 1º	FP 1º
Actividad en el aula (duración)	Realizada por los padres/madres (45')	Aula del Tabaco Consellería de Sanitat (50')	Charla de Estudiantes de Medicina/ Residentes de Pediatría (50') Charla-coloquio con enfermos/as de afecciones causadas por el tabaco (45')	Presentación de la visita al hospital. Elaboración de preguntas (50')	Preparación con material de la PEHSU Valencia-Murcia ⁴⁰ (45')
Actividad fuera del aula (duración)	Celebración del día mundial sin tabaco (31 de mayo)			Visita al hospital, grabación de entrevistas a médico/a, paciente y familiar (120') Exposición audiovisual de la visita seguida de coloquio con los médicos/as del hospital (65')	Charla-coloquio PEHSU Murcia (65')
Profesorado y personal no docente	Revisión de las actividades propuestas (personal docente) Apoyo en la realización de las mismas (personal docente) Deshabitación tabáquica voluntaria				
AMPA	Realización (EP) y coordinación (ESO, Bach y FP) de las actividades Deshabitación tabáquica voluntaria en el centro docente				

Entre paréntesis se expresa la duración de la actividad.

fase 4, el programa se aplica en el aula (estudiantes fumadores/as y no fumadores/as) abordándose la prevención y la deshabituación simultáneamente. Consta de 8 sesiones de 45 minutos impartidas durante 6 semanas (2 semanales los primeros 15 días seguido de 1 semanal durante 1 mes). En las 4 primeras sesiones se trabaja la motivación para dejar de fumar, en las siguientes se ayuda a mantener la abstinencia y prevenir las recaídas. Se utiliza una metodología lúdica y participativa (juegos, ejercicios fuera del aula y representación de papeles en forma de espectáculo televisivo con invitados/as), con aprendizaje de técnicas de respiración, relajación y yoga. Los/las fumadores/as en la última semana y el último mes al año de la intervención se redujeron, en términos absolutos, un 5 y un 7%, respectivamente (*odds ratio* 0,59 y 0,50, respectivamente).

PROGRAMA ESCOLAR INTEGRAL DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO “CRECER SANO CON AIRE LIMPIO”

Tomando como base las directrices para el desarrollo de programas de prevención escolar del tabaquismo, se diseñó

en el año 2004 el proyecto “Crecer sano con aire limpio” con la participación del equipo docente del centro Escuelas San José-Jesuitas de Valencia, la Unidad de Salud Ambiental Pediátrica del Hospital Universitario La Fe de Valencia y la Unidad de Educación para la Salud de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. El objetivo del proyecto era prevenir el inicio del hábito tabáquico y reducir el número de personas fumadoras del entorno en el que crece el/la niño/a. La población diana incluía no sólo a los/as alumnos/as de todo el centro, sino también a los progenitores (entorno familiar) y al personal escolar docente y no docente (entorno escolar), incluyendo por tanto quienes constituyen el medio en el que crece el/la niño/a hasta ser adolescente. La dirección del colegio adoptó una política de aplicación fiel de la legislación vigente, exigiendo el cumplimiento de espacio sin humo al personal escolar, alumnos/as y familiares. Partiendo de unas actividades básicas, elaboradas con el asesoramiento del profesorado y dinamizadas por los progenitores, se ha ajustado la frecuencia y calendario de las mismas a las exigencias curriculares y programáticas del Centro (Tabla 1). Como resultado, durante los 3 primeros años se ha realizado una actividad en el aula en 2º, 4º y 6º de edu-

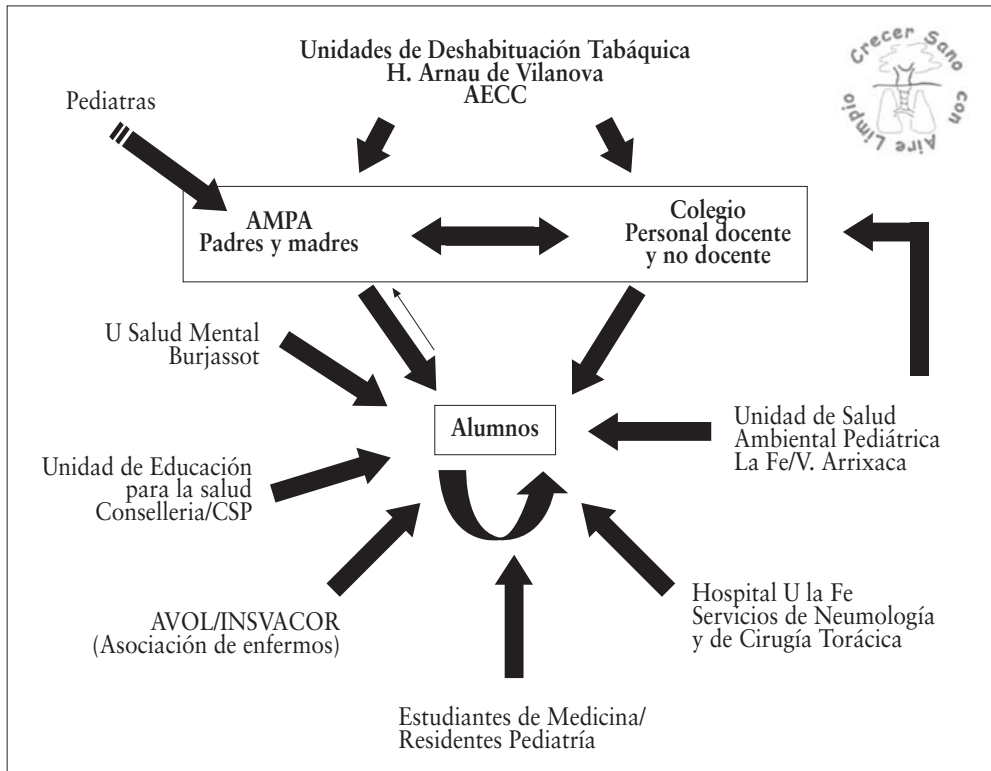


FIGURA 1. Participantes y flujos de acción. AECC: Asociación Española Contra el Cáncer. AMPA: Asociación de Madres y Padres de Alumnos. CSP: Centro de Salud Pública. AVOL: Asociación Valenciana de Operados de Laringe. INSVACOR: Instituto Valenciano del Corazón.

cación primaria durante el mes de mayo, complementada con actividades plásticas posteriores a criterio del profesorado y reforzada con la celebración del día mundial sin tabaco con los materiales institucionales distribuidos a tal efecto. Los progenitores participan en casa respondiendo a una encuesta que los/as alumnos/as les realizan una semana antes con la que se pretende tomar conciencia de la adicción, sus efectos perjudiciales directos e indirectos, la identificación de personas fumadoras o en riesgo de serlo, la identificación de motivos individuales para cambiar la situación. Para esto último, la Asociación de Madres y Padres (AMPA) ofrece anualmente terapia de deshabituación grupal en el Centro a los familiares fumadores. La realiza la Unidad de Deshabituación Tabáquica de la Junta Provincial de Valencia de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Un grupo de trabajo, renovado anualmente, de 10-15 progenitores dinamiza la actividad en el aula. Ésta se graba y sirve de material audiovisual para el entrenamiento de futuros/as colaboradores/as; además, se hace uso de la web del colegio y del correo electrónico para reducir las reuniones al mínimo posible (una preparatoria previa y una de evaluación posterior). Todos los años se anima a los nuevos miembros a aportar sugerencias y contenidos. En el último año se han incorporado algunos de los/as exfumadores/as de la terapia de deshabituación, siendo el objetivo mantener esta vía como un mecanismo de renovación del grupo de trabajo. Las acciones preventivas y de deshabituación tienen el mismo peso retroalimentándose mutuamente. El personal escolar, do-

cente y no docente, es invitado anualmente a utilizar las unidades de deshabituación que colaboran en el proyecto: la citada de la AECC y la del Servicio de Neumología del Hospital Arnau de Vilanova, próximo al colegio. Mientras la primera oferta un programa multicomponente (farmacológico y psicológico) grupal en el colegio, la segunda oferta terapia individual farmacológica en el hospital.

En ESO, el programa itinerante institucional “Aula del Tabaco” visita todos los años el colegio (alumnos de 2º); miembros de la asociación de enfermos de patologías relacionadas con el tabaco (Asociación Valenciana de Operados de Laringe-AVOL y el Instituto Valenciano del Corazón-INSVACOR) aproximan la realidad de las consecuencias del tabaco a través de relatos personales en el aula a los/las alumnos/as de 3º; los/las residentes de pediatría del Hospital Universitario La Fe interactúan con estos/as mismos/as alumnos/as para desenmascarar los intereses de la industria tabaquera y el poder de la publicidad en lo que es la mejor actividad preventiva de su formación hospitalaria; los/las alumnos/as de 1º de bachiller visitan el hospital (Servicios de Neumología y Cirugía Torácica) para conocer a través de entrevistas a médicos/as, pacientes y familiares la realidad de las consecuencias del consumo de tabaco. Semanas después exponen a sus compañeros/as, con ayuda de la grabación de las entrevistas, lo aprendido y las conclusiones personales a las que han llegado en una charla coloquio en la que participan los/las médicos/as del hospital y que está abierta a familiares.

Los/las alumnos/as más mayores de Formación Profesional (primer grado de ciclos formativos) y cuya prevalencia de tabaquismo es más alta, preparan con sus tutores/as una charla coloquio que imparte la Unidad de Salud Ambiental Pediátrica de Murcia en la que reta a los/as alumnos/as a cuestionarse a quién benefician con su adicción.

De forma espontánea han surgido iniciativas y propuestas por parte de profesores, progenitores y alumnos/as que resumimos a continuación:

- Actividad de la asignatura de informática en la que los alumnos de 4º de ESO deben hacer uso de Internet para elaborar una presentación en *PowerPoint*, siendo el tema escogido el de los efectos del tabaco.
- Solicitud por parte del colegio de ampliar las actividades a otros cursos.
- Propuesta de los/as profesores/as de primaria para que los/las alumnos/as de ESO expongan sus trabajos a los/las de primaria.
- Obra de teatro realizada por alumnos/as de ESO con el mensaje “No fumes” y representada el “Día de las Escuelas”, que conmemora la apertura del colegio.
- Propuesta de la jefatura de estudios de primaria de diseñar un apartado en la web del colegio donde se “cuelguen” las actividades y materiales que surjan con el desarrollo del proyecto.

Por último, este curso escolar está previsto aplicar un programa piloto de deshabituación tabáquica grupal con mentor dirigido a los/las alumnos/as fumadores/as de 1º de Bachiller, subvencionado por la Consellería de Sanitat y aplicado por Residentes de Psicología Clínica de la Unidad de Salud Mental de Burjassot, ubicada en las proximidades del colegio. La captación se realizará tras la realización de las actividades descritas para este curso que sirven de motivación.

CONCLUSIÓN

La escuela es el entorno del/de la niño/a donde podemos acceder al conjunto de la población pediátrica.

Los/las pediatras podemos y debemos dinamizar los programas de prevención del tabaquismo en la escuela.

La identificación de colectivos que trabajan en la lucha contra el tabaquismo y su inclusión en el programa contribuye a enriquecer las intervenciones y generalizar los logros.

PARTICIPANTES DEL PROYECTO

- Unidades de Salud Ambiental Pediátrica del H.U. La Fe de Valencia y del H.U. Virgen de la Arrixaca de Murcia.
- Unidades de Deshabituación Tabáquica del Hospital Arnau de Vilanova (Servicio de Neumología) de Valencia y de la Junta Provincial de Valencia de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC).
- AMPA de las Escuelas San José-Jesuitas de Valencia.

- Escuelas San José-Jesuitas de Valencia.
- Asociaciones de enfermos: AVOL (Asociación Valenciana de Operados de Laringe), INSVACOR (Instituto Valenciano del Corazón).
- Servicios de Neumología y Cirugía Torácica del H.U. La Fe de Valencia.
- Centro de Salud Pública de Manises.
- Unidad de Educación para la Salud. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana.
- Residentes de Pediatría. H.U. La Fe de Valencia. Estudiantes de Medicina. Facultad de Medicina de Valencia.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto es de muchas personas y profesionales que están o han estado: Montiel Chelet y María Sanz (AECC); Irene Raga (Consellería de Sanitat); Pilar Casares, Mercedes Andrés y Patrocinio Hurtado (Centro de Salud Pública de Manises); Alfredo de Diego y Montserrat León (Servicio de Neumología. H.U. La Fe); José Padilla y Juan Carlos Peñalver (Servicio de Cirugía Torácica. H.U. La Fe); Lola Navarro (AMPA Escuelas San José); Rafael Rodríguez y José Sanmartín (INSVACOR); Rafael Peris (Servicio de Neumología. H. Arnau de Vilanova); Vicente Fuster, Alberto Gilsanz, Javier Subías, Enrique Falcón, José María Server, Roberto Ortega, María José Abreu, Eduardo López y Fernando Sierra (Escuelas San José); Juan Costa (AVOL).

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva, Switzerland: WHO; 1998.
2. Syme SL. The prevention of disease and promotion of health: the need for a new approach. *Eur J Public Health* 2007; 17: 329-30.
3. Illich I. Némesis médica. México D.: Joaquín Mortiz SA; 1976.
4. Buck C. Después de Lalonde: creación de salud. En: Organización Panamericana de la Salud, ed. Promoción de la salud: una antología. Organización Panamericana de la Salud; 1996.
5. Reyzaal MB, Sanz AI. Los ejes transversales. Aprendizajes para la vida. Madrid: Ed. Escuela Española; 1997.
6. Calderón I. Propuestas de un entorno activo. ¿Qué pueden hacer las ONGs? La FAD y la educación. *Cuadernos de Pedagogía* 2007; 367: 72-7.
7. Marina JA. Aprender a vivir. Barcelona: Ed. Ariel; 2005.
8. Ariza C, Nebot M. La prevención primaria del tabaquismo: un planteamiento integral. *Prev Tab* 2004; 6: 68-83.
9. Lenney W, Enderby B. “Blowing in the Wind”: a review of teenage smoking. *Arch Dis Child* 2008; 93 (1): 72-5. Epub 2007 Sep 3. Review.
10. Wakefield M, Flay B, Nichter M, Giovino G. Role of the media in influencing trajectories of youth smoking. *Addiction* 2003; 98 (Suppl 1): 79-103.
11. Becklake MR, Ghezzo H, Ernst P. Childhood predictors of smoking in adolescence: a follow-up study of Montreal schoolchildren. *CMAJ* 2005; 173: 377-9.

12. Sargent JD, DiFranza JR. Tobacco control for clinicians who treat adolescents. *CA Cancer J Clin* 2003; 53: 102-23.
13. Scragg R, Laugesen M. Influence of smoking by family and best friend on adolescent tobacco smoking: results from the 2002 New Zealand national survey of year 10 students. *Aust N Z J Public Health* 2007; 31: 217-23.
14. Sargent JD, Stoolmiller M, Worth KA, Dal Cin S, Wills TA, Gibbons FX, et al. Exposure to smoking depictions in movies: its association with established adolescent smoking. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 849-56.
15. Brook JS, Balka EB, Ning Y, Brook DW. Trajectories of cigarette smoking among African Americans and Puerto Ricans from adolescence to young adulthood: associations with dependence on alcohol and illegal drugs. *Am J Addict* 2007; 16: 195-201.
16. Wilkinson AV, Schabath MB, Prokhorov AV, Spitz MR. Age-related differences in factors associated with smoking initiation. *Cancer Causes Control* 2007; 18: 635-44.
17. Backinger CL, Fagan P, Matthews E, Grana R. Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tob Control* 2003; 12 (Suppl 4): IV46-53.
18. Anderson Johnson C, Cen S, Gallaher P, Palmer PH, Xiao L, Ritt-Olson A, et al. Why smoking prevention programs sometimes fail. Does effectiveness depend on sociocultural context and individual characteristics? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16: 1043-9.
19. CDC. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 1994; 43: 1-18.
20. Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *J Adolesc Health* 2005; 36: 162-9.
21. Sussman S, Unger J, Rohrbach LA, Johnson CA. School-based smoking prevention research. *J Adolesc Health* 2005; 37: 4; author reply 6-8.
22. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD001293.
23. NIH State-of-the-Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science conference statement: tobacco use: prevention, cessation, and control. *Ann Intern Med* 2006; 145: 839-44.
24. De Vries H, Dijk F, Wetzels J, Mudde A, Kremers S, Ariza C, et al. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): effects after 24 and 30 months. *Health Educ Res* 2006; 21: 116-32.
25. Ellickson PL, McCaffrey DF, Ghosh-Dastidar B, Longshore DL. New inroads in preventing adolescent drug use: results from a large-scale trial of project ALERT in middle schools. *Am J Public Health* 2003; 93: 1830-6.
26. Sussman S, Dent CW, Stacy AW. Project towards no drug abuse: a review of the findings and future directions. *Am J Health Behav* 2002; 26: 354-65.
27. Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83: 872-80.
28. Milton B, Woods S, Dugdill L, Porcellato L, Springett R. Starting young? Children's experiences of trying smoking during pre-adolescence. *Health Educ Res* 2007.
29. Sussman S, Miyano J, Rohrbach LA, Dent CW, Sun P. Six-month and one-year effects of Project EX-4: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Addict Behav* 2007; 32: 3005-14.
30. Franks A, Kelder SH, Dino GA, Horn KA, Gortmaker SL, Wiecha JL, et al. School-based programs: lessons learned from CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. *Prev Chronic Dis* 2007; 4: A33.
31. Valmayor S, Ariza C, Tomás Z, Nebot M. Evaluación de una intervención de prevención del tabaquismo en el entorno escolar. *Prev Tab* 2004; 6: 18-25.
32. Valente TW, Ritt-Olson A, Stacy A, Unger JB, Okamoto J, Sussman S. Peer acceleration: effects of a social network tailored substance abuse prevention program among high-risk adolescents. *Addiction*. 2007; 102 (11): 1804-15.
33. Etter JF, Bouvier P. Some doubts about one of the largest smoking prevention programmes in Europe, the smokefree class competition. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 757-9.
34. Wiborg G, Hanewinkel R. Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competition" in delaying the onset of smoking in adolescence. *Prev Med* 2002; 35: 241-9.
35. Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, Van Leerdam FJ, Spruijt RD, Sing RA. Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 675-80.
36. De Vries H, Mudde A, Kremers S, Wetzels J, Uiters E, Ariza C, et al. The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): short-term effects. *Health Educ Res* 2003; 18: 649-63; discussion 664-77.
37. Mermelstein R. Teen smoking cessation. *Tob Control* 2003; 12 (Suppl 1): i25-34.
38. Kealey KA, Ludman EJ, Mann SL, Marek PM, Phares MM, Riggs KR, et al. Overcoming barriers to recruitment and retention in adolescent smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2007; 9: 257-70.
39. Sun P, Miyano J, Rohrbach LA, Dent CW, Sussman S. Short-term effects of Project EX-4: a classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Addict Behav* 2007; 32: 342-50.
40. Ortega García JA, Ferris Tortajada J, López Andreu JA. La industria tabaquera: riesgo infanto-juvenil. *Rev Esp Pediatr* 2004; 60: 127-40.