

A CONDUCTA DE FUMAR DURANTE A ADOLESCENCIA: PREVALENCIA EN GALICIA E APUNTES PARA A PREVENCIÓN

Bernardo José Gómez-Durán*
Universidade da Coruña**

1. INTRODUCCIÓN

Na actualidade, unha das grandes preocupacións sociais e dos estudiosos do desenvolvemento é a iniciación, cada vez máis temperá, no consumo de substancias que crean adicción e que afectan de modo dramático á saúde física e psicosocial das persoas ó longo da súa vida. É a adolescencia un momento evolutivo crítico ou de alto risco para a asunción deste tipo de conductas, pois durante este período relativamente curto de tempo vaise adquirindo —ata se consolidar— a identidade psicosocial (Erikson, 1950 e 1980; Marcia, 1980); esta consolidación lévase a cabo paralelamente e á vez influenciada, por unha serie de cambios non só no aspecto físico, senón tamén en tódolos demais aspectos, como son: *o ámbito social*, xa que da dependencia familiar se pasa a outorgar unha maior importancia ós iguais e ó desexo de se separar do control do

adulto e a asumir unha maior autonomía; no *ámbito psicolóxico* consolídanse os valores e crenzas e hai unha maior preocupación por parte dos suxeitos pola súa identidade; e no *ámbito cognitivo* chégase a desenvolver por completo o pensamento formal.

Ó longo da adolescencia prodúcese un cambio de comportamento progresivo e, aínda que este comeza a se notar xa na adolescencia temperá (a partir dos 11-12 anos), maniféstase de maneira máis radical nas idades tardías desta etapa, a partir dos 14 ou 15 anos. Ademais, nestas idades a influencia dos compañeiros é maior, co que aumentan as conductas de risco. Neste sentido, os compañeiros teñen un maior influxo nas experiencias inmediatas, mentres que os pais seguen actuando máis nas metas a longo prazo (Windle, Miller-Tutzauer, Barnes e Welte, 1991).

Por outra banda, algúns estudosos encontraron diferencias nos hábitos

* Profesor Titular de Psicología Evolutiva e da Educación.

** O presente estudio foi posible gracias ó proxecto de investigación: "Influencia das actitudes sociais e a conducta antisocial no consumo de substancias adictivas durante a adolescencia", subvencionado pola Universidade da Coruña.

de saúde segundo a sexo, a idade e outras variables demográficas (*cf.* Dean, Colomer e Pérez-Hoyos, 1995; Terre, Ghiselli, Taloney e DeSouza, 1992).

Durante a etapa adolescente desenvólvense comportamentos que van influír posteriormente no estilo de vida do adulto. Os hábitos establecidos nestes anos son máis resistentes ó cambio, polo que resulta necesaria a instauración de condutas positivas de saúde durante este período. Non hai dúbida de que os cambios que se producen nos individuos ó longo do seu ciclo vital, non sempre seguen o curso esperable ou desexable dende a perspectiva evolutiva. O coñecemento do desenvolvemento que xorde dos estudos descritivos e explicativos en Psicoloxía do Desenvolvemento posibilita, precisamente, a consideración dos tipos de cambio que se afastan do seu curso normal.

Así, o coñecemento dos trastornos de desenvolvemento facilita a intervención, considerada como a actuación sobre os problemas de desenvolvemento que xa se presentaron no suxeito, coa intención de alivialos e mellorar, deste modo, a súa ulterior evolución. Ó tempo, facilita a intervención considerada nos seus dous sentidos:

1. De tipo preventivo, poñendo o acento no feito de poder actuar anticipándonos á aparición de problemas de desenvolvemento nos grupos de risco (véxase, por exemplo, Vega Fuente,

1993) que dende diversas ópticas e propostas teóricas recolle a literatura científica ó respecto.

2. Dende unha perspectiva optimizadora, o que implica a estruturación e planificación dunha serie de accións encamiñadas a presenta-las condicións óptimas para que o desenvolvemento sexa o mellor posible.

2. INICIACIÓN NO CONSUMO DE TABACO E SAÚDE

A aprendizaxe e iniciación dunha gran variedade de comportamentos relevantes para a saúde teñen lugar durante a adolescencia. Algúns autores consideran que os comportamentos que comprometen o benestar físico están relacionados, en gran medida, coa oportunidade social de legalización que lles permite ós adolescentes acceder a eles (Jessor, 1984).

Dende finais dos anos setenta e principios dos oitenta houbo numerosos autores que estudaron os estilos de vida relacionados coa saúde na adolescencia. Con este termo facemos referencia a condutas observables que constitúen hábitos, é dicir, que son recorrentes ó longo do tempo e que posúen consecuencias para a saúde (Elliot, 1993). O estudio dos estilos de vida incluíu tradicionalmente tanto condutas de risco coma condutas que realzan a saúde. As condutas de risco inclúen os comportamentos que implican consecuencias negativas para a saúde, a curto e/ou longo prazo; entre

elas, a máis estudiada foi o consumo de substancias: tabaco, alcohol e drogas ilegais (Cfr. Becoña, Palomares e García, 1994; Donovan, Jessor e Costa, 1988), ó lado da conducción perigosa ou a falta de uso de medidas preventivas nas relacións sexuais (Grube e Morgan, 1990; Vingilis e Adlaf, 1990).

As conductas que realzan a saúde son aqueles comportamentos que posúen consecuencias positivas para esta, coma por exemplo a práctica de exercicio físico de xeito regular, unha alimentación equilibrada ou as medidas de hixiene bucodental (Aaro, Laberg e Wold, 1995; Donovan, Jessor e Costa, 1993).

Sobre a iniciación no consumo de tabaco, tres grandes enfoques preventivos representan a raíz dos programas que se aplican na actualidade: o Enfoque das Influencias Sociais, o Enfoque Cognitivo-Conductual e o Enfoque Cognitivo-Evolutivo. Máis adiante faremos unha exposición máis detallada deles.

Algunhas das variables de personalidade que poden explica-la iniciación no consumo de substancias durante a adolescencia é a do "Lugar de Control" como autopercepción que o rapaz ou a rapaza teñen sobre a natureza e as consecuencias da súa conducta en relación cos seus hábitos de saúde. A indefinición sobre si mesmo, a falta de preparación para a toma de decisións, as crises de valores que afectan ó ámbito das relacións familiares e psicosociais son, entre outros, os posibles

determinantes de que se adquiran conductas problemáticas, tal como sostén a Teoría do comportamento Problemático de Jessor e Jessor (1977). Seguindo a estes últimos autores, os adolescentes tenden a implicarse en conductas problemáticas coma o consumo de drogas, a delincuencia e o baixo rendemento académico, xa que as perciben como funcionais, como conductas que lles poden axudar a conseguir algún obxectivo persoal ou que lles serven para algunha función. Dusenbury, Botvin e James-Ortiz (1990) sosteñen que algúns adolescentes utilizan estas conductas-problema para facer fronte ó fracaso, ó fastío, á ansiedade ou para ser aceptados polo seu grupo de iguais.

Pode ser interesante clarificar, sequera brevemente, algúns dos termos que empregaremos con certa frecuencia no sucesivo.

Mussacchio de Zan (1992) sinala, seguindo a Newton, que a drogadicción está considerada como unha enfermidade crónica, progresiva e terminal. "Crónica", porque cando un mozo se habitúa ó benestar artificial a súa cura esixirá que nunca máis volva consumir drogas que alteren a súa psique. Engade que esta característica é comparable á dos alcohólicos e diabéticos, que poden vivir de xeito perfectamente saudable durante toda a súa vida, sempre que cumpran convenientemente o tratamento prescrito. "El dependiente de drogas, a su vez, debe evitar para siempre las sustancias psicoactivas y tiene que organizar su vida

de acuerdo con un equilibrio emocional que resuelva sus conflictos, buscar objetivos válidos que den un sentido a su existencia y adquirir una madurez afectiva que lo ayude a superar las dificultades propias de una vida normal” (Mussacchio de Zan, 1992, p. 24). “Progresiva”, non só porque o paciente necesita cada vez máis cantidade de droga para conseguilo mesmo efecto, senón que deberá tamén cambiar a calidade, substituíndoa progresivamente por outras máis incisivas. Deste xeito, os síntomas mostrarán maior gravidade ó se producir un deterioro neuropsicolóxico máis avanzado. Finalmente, “terminal”, xa que, introducido na carreira da adicción progresiva, o individuo destrúe a súa vida, sexa en sentido literal (morte por sobredose, trastornos cardíacos, enfermidades intercorrentes, suicidio), sexa en sentido amplo: deixa de ser unha persoa pensante, dona de si e dos seus afectos, que poida dirixilo seu destino.

O tabaco considérase unha droga dado que un dos seus compoñentes —a nicotina— é un alcaloide que xera adicción (Surgeon General, 1988) e así é cualificado entre outros como droga legal no Plan de Galicia sobre drogas (EDIS, 2000, p. 15). O tabaco provoca grandes problemas de saúde pública ó se rexistrar unha alta taxa de mortalidade anual por enfermidades relacionadas co seu consumo (OMS, 1974, 1979, 1983, 1988; Royal College of Physicians, 1983; Surgeon General, 1988).

O Surgeon General en 1988 concluíu que o tabaco era unha substancia

farmacologicamente adictiva ó responder ós criterios de toda substancia que produce adicción: a) prodúcense patróns de inxestión compulsiva da droga, b) inxírese unha substancia psicoactiva ou de alteración do humor mediante o uso da droga, o que produce como resultado uns patróns de conducta determinados, e c) a droga funciona coma un reforzador da conducta producindo unha continuidade na inxestión do produto. Esta substancia pode producir efectos agradables nos que a consomen, causa tolerancia e dependencia física e ten efectos tóxicos adversos (Surgeon General, 1988).

O DSM-IV ó se referir ó trastorno inducido por nicotina, expón de maneira clarificadora o que é a abstinencia desta substancia:

[...] A característica esencial da abstinencia de nicotina é a presenza dunha síndrome de abstinencia característica que se desenvolve despois da brusca interrupción do consumo de produtos que conteñen nicotina tralo seu consumo diario durante períodos prolongados (Criterios A e B). A síndrome de abstinencia inclúe catro ou máis dos seguintes síntomas: estado disfórico ou depresivo, insomnio, irritabilidade, frustración ou ira, ansiedade, dificultades de concentración, inquietude ou impaciencia, diminución da frecuencia cardíaca, aumento do apetito ou aumento de peso. Os síntomas de abstinencia provocan un malestar clinicamente significativo ou deterioro laboral, social ou doutras áreas importantes da actividade do individuo (Criterio C). Os síntomas non se deben a enfermidade médica nin se explican mellor pola presenza doutro

trastorno mental (Criterio D) (APA, 1995, p. 255).

O tabaco compoñe de máis de 3000 substancias. As máis coñecidas e probablemente as máis danifias para o organismo son: nicotina, alcatrán (ambas presentes no fume do tabaco ó ser inhalado) e monóxido de carbono (esta última resultado da combustión e, por tanto, tamén inhalada). A nicotina, que se metaboliza en poucas horas en cotinina, é a substancia responsable da dependencia debido á súa condición de axente reforzante, e a súa ausencia desencadea a síndrome de abstinencia. Este xorde ó suspende-lo consumo de nicotina e, entre outros síntomas, maniféstase pola fatiga, irritabilidade, ansiedade, insomnio, diminución da frecuencia do pulso e da presión arterial, e hiperfaxia.

Como teremos ocasión de comprobar, é na adolescencia cando se adoita iniciar-lo consumo desta substancia. A adolescencia será considerada en adiante como unha etapa do desenvolvemento do ser humano que se inicia cara ós 11-12 anos, ó se produci-la pubertade, e transcorre ata os 19-20 no Mundo Occidental. Trátase dunha etapa transitoria entre a infancia e a idade adulta, especialmente caracterizada por cambios no desenvolvemento físico-fisiolóxico, cognitivo, persoal, social, etc., e na que o suxeito é proclive a experimentar con novas situacións ata agora descoñecidas para el. Tales situacións adoitan ser definidas como psicosociais, e a isto débese que a ini-

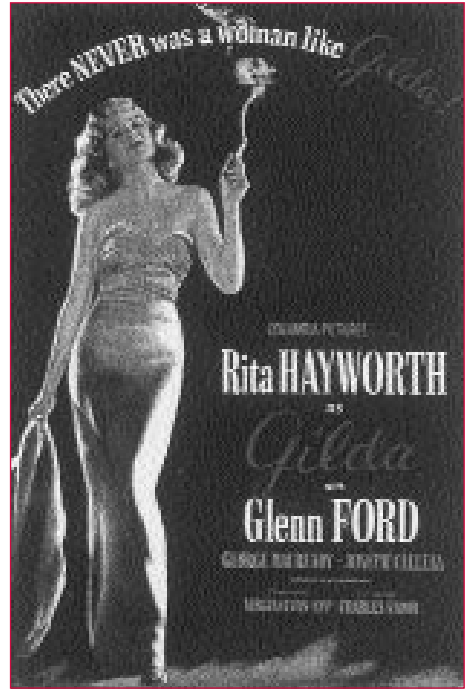
ciación á conducta de fumar teña unha orixe psicosocial.

3. IMPLICACIÓNS EVOLUTIVAS

A adolescencia pódese considerar realmente coma unha das etapas do desenvolvemento na que ten unha maior transcendencia a formación de hábitos de todo tipo. A sensibilidade ás presións do grupo, a imitación de modelos non parentais, a tendencia a descubrir novas facetas do mundo no que vive, converten o adolescente nun suxeito proclive a iniciar actividades que, sen dúbida, afectarán ó desenvolvemento da súa personalidade, á súa conducta social e, cada vez máis, á súa propia saúde.

Os datos existentes sobre a incidencia do consumo de drogas na adolescencia conducen á necesidade ética e científica de poñer tódolos medios ó noso alcance para colaborar na prevención destes problemas.

O cambio ó longo do ciclo vital é certamente modificable e optimizable mediante a intervención, corrección e prevención. A intervención non só debe servir para corrixir posibles desviacións de conducta, senón fundamentalmente para prever e optimizar. Coñecida unha regularidade no cambio, pódese optimizar este en vez de esperar a que xurdan as deficiencias e logo resolvelas. "Para optimizar el desarrollo es necesario una teoría que acepte como primer principio la actividad de la persona, y en segundo lugar



Carteis de dous filmes de moita difusión (1947-1946 respectivamente). Os mozos sintense tentados polas actitudes dos ídolos cinematográficos.

que tenga en cuenta las diferencias interindividuales (consecuencia de la interacción persona-medio ambiente), es decir, una persona con unas capacidades, con unas motivaciones, con un estilo de vida inserta en un medio ambiente con exigencias concretas.” (Rubio Herrera, 1992, p. 28).

Os factores cos que se vinculan estes cambios psicolóxicos están relacionados coa etapa da vida na que se atope a persoa que, no estudio que nos ocupa, é a adolescencia. A intervención preventiva debe considerar, por conseguinte, as variables normativas relacio-

nadas coa idade, é dicir, o conxunto de influencias determinadas biolóxica e ambientalmente que se correlacionan significativamente coa idade cronolóxica. Tamén se deberán ter en conta as variables normativo-históricas que inflúen sobre o desenvolvemento do adolescente, por exemplo, ó considerala coorte á que pertencen e as influencias que deste feito se derivan. Por último, as variables non normativas referidas a aqueles determinantes ambientais e biolóxicos que teñen efecto concreto sobre historias vitais individuais, ou sexa, as experiencias

familiares, do grupo de iguais, da saúde, etc., que o adolescente viviu ata o momento e que implican unha particularidade individualizadora que pode sinala-la súa maior ou menor predisposición a iniciarse na conducta de fumar.

Podemos deseña-la intervención preventiva en función destes conxuntos de influencias, dado que por si mesmos son progresivos e interactúan a través da existencia individual. De feito, como se poderá observar a seguir, estes sistemas de influencias que configuran unha serie de variables participantes na iniciación ó hábito de fumar, son contemplados en maior ou menor grao polos principais enfoques preventivos da conducta de fumar. As características máis concretas da intervención serán expostas ó considerar estes enfoques. Para unha revisión máis exhaustiva sobre a intervención preventiva en relación co consumo de substancias, pódense consultar en castelán algunhas publicacións como as de Becoña, Palomares e García (1994), Comas, Espín e Ramírez Goicoechea (1992), Izquierdo Moreno (1992), Sánchez Vidal (1993) e Vega Fuente (1993).

4. A PREVALENCIA DO CONSUMO DE TABACO ENTRE OS ADOLESCENTES GALEGOS

Antes de sinala-las principais correntes preventivas en tabaquismo, é necesario chama-la atención sobre a prevalencia desta conducta na poboación sobre a que se desexa intervir. As

estadísticas ó respecto non deixan dúbidas sobre a incidencia que o hábito de fumar ten sobre os adolescentes. A iniciación na conducta de fumar e as súas principais variables foi estudiaada por numerosos autores e institucións gobernamentais e internacionais (véxanse, por exemplo, Méndez, Fraga, Alcaraz, Jiménez e Peralbo, 1992 e Organización Mundial de la Salud-Comité Regional Europeo, 1988). Mostramos, a seguir, algúns datos obtidos dun estudio realizado na Comunidade Autónoma de Galicia.

Nun estudio levado a cabo pola Xunta de Galicia e dirixido por González García (1991), investigouse a 1600 suxeitos de toda Galicia, que cursaban estudos de cuarto, sexto e oitavo de Ensino Xeral Básico (EXB) e segundo de Bacharelato Unificado Polivalente (BUP) e Formación Profesional (FP), sobre distintos aspectos relacionados coa Educación para a Saúde. Entre eles, abordouse o consumo de tabaco tanto dende a caracterización das actitudes dos suxeitos coma dende a consideración dos trazos fundamentais da iniciación ó hábito e do consumo habitual. Os datos obtidos resultaron ser moi reveladores en relación coa prevalencia da conducta de fumar e pódense ver na Táboa 1. Así, por exemplo, o 17,6% dos suxeitos de EXB fuma nas seguintes porcentaxes: varias veces á semana o 1,7%; probou o tabaco ou fuma moi ocasionalmente o 15,3%. e o 0,6% restante fuma diariamente. En relación cos suxeitos de BUP e FP a porcentaxe de fumadores ascende ó 66%

dos suxeitos, dos que o 7,7% fuma varias veces á semana, o 40,5% probou o tabaco ou fuma ocasionalmente e o 17,8% fuma diariamente. A media e idade en que os suxeitos de EXB se inician no hábito é de 12,3 anos e de 14,4 anos para os suxeitos de BUP e FP. Finalmente, ó considera-la circunstancia concreta da iniciación ó hábito, sinálase que entre os suxeitos que fuman habitualmente o 30,4% de EXB e o 42,2% de BUP e FP indican que se ini-

ciaron xunto a un/unha amigo/a da mesma idade e o 32,2% de EXB e o 35,3% de BUP e FP indican que o seu inicio no consumo de tabaco tivo lugar en grupo.

Os datos que ofrece a Consellería de Sanidade e Servicos Sociais da Xunta de Galicia (EDIS, 1998) proveñen dun estudio levado a cabo no ano 1996 cunha mostra de 2300 suxeitos de toda Galicia, dos que 491 tiñan entre 12 e 18 anos. O nivel de confianza do estu-

TABOA 1. Prevalencia do consumo de tabaco (Iniciación).

CARACTERÍSTICAS	NIVEL DE ENSINANZA EXB	NIVEL DE ENSINANZA BUP-FP
Universo: 167.168 estudantes de toda Galicia.		
Mostra: (n=1.600)	1.200	400
Curso Escolar:	4º, 6º, 8º	2º
Coeficiente de Confianza=95.5%		
Consumidores (%)	17.6%	66%
Fuman varias veces / semana:	1.7%	7.7%
Probou o tabaco ou fuma ocasionalmente:	15.3%	40.5%
Fuma a cotío:	0.6%	17.8%
Iniciación hábito:		
Idade media (anos)	12.3	14.4
Principais circunstancias de iniciación (fumadores diarios)		
Con amigo mesma idade:	39.4%	42.2%
En grupo:	32.7%	35.3%

Fonte: Adaptado de González García, 1991, pp. 398-401.

TABOA 2. Prevalencia do consumo e da iniciación no consumo de tabaco en Galicia. Estudio de EDIS en 1996.

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAXE TOTAL	PORCENTAXE POR SEXO	
		Homes	Mulleres
N=2.300 n=491	%		
Non fuman	63.9	51.9	74.9
Fuman:	36.1	37.0	21.0
— Diariamente	28.9	11.1	3.0
— Ocasionalmente	7.2		
Idade de inicio:			
— Entre os 12 e os 14 anos	23.8		
— Entre os 15 e os 18 anos	54.5		
— Entre os 19 e 23 anos	12.3		

Adaptado de: EDIS, 1998, pp. 15-36.

dio situouse no 95,5% e, tal e como se mostra na Táboa 2, o consumo de tabaco en Galicia acada a un 36,1% da poboación fronte a un 63,9% dos galegos que non fuman. De entre os fumadores un 28,9% fano a cotío cunha porcentaxe significativamente superior en homes ca en mulleres. Respecto á iniciación no consumo de tabaco, sobre un n=491 de adolescentes entre 12 e 18 anos, pódese observar que o 23,8% desta submostra adquire o hábito de fumar entre os 12 e 14 anos, e que esta porcentaxe se duplica con amplitude (54,5%) cando os suxeitos se sitúan entre os 15 e os 18 anos de idade. Ademais, a moda estatística de iniciación no consumo vén marcada polos 15 anos e entre os consumidores de 12 a 18

anos que son fumadores a cotío o consumo medio de cigarros diarios é de 11,79.

Recentemente, o estudio de Gómez-Durán, García de la Torre, Del Campo López e Santos González (1999), pon de relevo a incidencia que sobre a poboación de risco ten a conducta de fumar. Na Táboa 3 recóllense os datos descritivos e máis significativos deste traballo. Así, sobre unha mostra de 415 adolescentes, escolarizados na cidade da Coruña, os autores categorizan a mostra en tres grupos de idade que se corresponden coas tres subetapas adolescentes: temperá, media e tardía. Os resultados indican que se dá un incremento significativo na

TÁBOA 3. Prevalencia na iniciación ó consumo de tabaco e principais características dos consumidores atendendo ás subetapas temperá, meia e serodia da adolescencia. (A adolescencia temperá comprende entre os doce anos e cinco meses; a adolescencia media entre catorce anos e un mes e dezaseis anos e a adolescencia serodia entre dezaseis anos e un mes e dezaioito anos e cinco meses).

Variables	ADOLESCENCIA TEMPERÁ			ADOLESCENCIA MEDIA			ADOLESCENCIA SERODIA		
	Sexo		Totais	Sexo		Totais	Sexo		Totais
	Homes	Mulleres		Homes	Mulleres		Homes	Mulleres	
Non Fumadores	44 (33,3%)	65 (49,2%)	Reconto=109 (82,6%) n=132	58 (29%)	70 (35%)	Reconto=128 (64,0%) n=200	22 (27,8%)	23 (29,1%)	Reconto=45 (57,0%) n=79
Fumadores	11 (8,3%)	12 (9,1%)	Reconto=23 (17,4%) n=132	26 (13%)	46 (23%)	Reconto=72 (36,0%) n=200	12 (15,2%)	22 (27,8%)	Reconto=34 (43,0%) n=79
Idade á que probou o tabaco									
Ó 5 anos		(1,9%)	(1,9%)						
Ó 6	((1,9%)	(1,9%)	(3,8%)						
Ó 7	(5,7%)		(5,7%)				(1,7%)		(1,7%)
Ó 8		(1,9%)	(1,9%)						
Ó 9	(1,9%)	(3,8%)	(5,7%)	(2,4%)		(2,4%)			
Ó 10	(5,7%)	(7,5%)	(13,2%)	(4,9%)	(1,6%)	(6,5%)			
Ó 11	(7,5%)	(5,7%)	(13,2%)	(3,3%)	(3,3%)	(6,6%)	(6,9%)	(3,4%)	(10,3%)
Ó 12	(13,2%)	(15,1%)	(28,3%)	(5,7%)	(14,8%)	(20,4%)	(5,2%)	(5,2%)	(10,3%)
Ó 13	(7,5%)	(18,5%)	(26,4%)	(9,8%)	(17,2%)	(27,0%)	(3,4%)	(10,3%)	(13,8%)
Ó 14				(8,2%)	(23,8%)	(32,0%)	(8,6%)	(19,0%)	(27,6%)
Ó 15				(1,6%)	(4,9%)	(6,5%)	(6,9%)	(19,0%)	(25,9%)
Ó 16							(1,7%)	(3,4%)	(5,2%)
Ó 18				(0,8%)		(0,8%)	(5,2%)		(5,2%)

TÁBOA 3. Continuación

Variables	ADOLESCENCIA TEMPERÁ			ADOLESCENCIA MEDIA			ADOLESCENCIA SERODIA		
	Sexo		Totais	Sexo		Totais	Sexo		Totais
	Homes	Mulleres		Homes	Mulleres		Homes	Mulleres	
			Reconto=53 (100,0%) n=53			Reconto=122 (100,0%) n=122			Reconto=58 (100,0%) n=58
Con quien estaba cuando probó el tabaco									
- Sólo	(2,3%)	(1,5%)	(3,8%)	(3,6%)	(4,1%)	(7,7%)	(8,9%)	(3,8%)	(12,7%)
- Con amigos/as									
- Con familiares	(12,2%)	(16,8%)	(20,9%)	(15,2%)	(36%)	(51,2%)	(17,7%)	(34,2%)	(51,9%)
- Otros	(3,1%) (0,8%)	(4,6%)	(7,7%) (0,8%)	(2,5%)	(0,5%) (0,5%)	(3%) (1,3%)	(3,8%) (1,3%)	(5,1%)	(8,9%) (1,3%)
			Reconto=54 (42,3%) n=131			Reconto=133 (62,4%) n=197			Reconto=59 (74,8%) n=79
Fumadores									
- Ocasionais	(0,8%)	(1,6%)	(2,4%)	(4,1%)	(4,1%)	(8,2%)	(3,9%)	(3,9%)	(7,8%)
- De 1-10 cigs / día	(5,4%)	(3,2%)	(8,6%)	(4,3%)	(16,7%)	(21%)	(7,8%)	(17,1%)	(24,9%)
- De 11-20cigs / día				(1%)	(0,5%)	(3,5%)	(1,3%)	(1,3%)	(2,6%)
- Mais de 20 cigs / día				(1%)	(0,5%)	(3,5%)	(1,3%)	(1,3%)	(2,6%)
			Reconto=14 (11%)			Reconto=58 (35,2%)			Reconto=31 (37,9%)

Fonte: Gómez-Durán, García de la Torre, Del Campo López e Santos González (1999).

porcentaxe de fumadores conforme avanzamos en idade. Así, observamos que fuman un 17,4% na adolescencia temperá, un 36% na media e un 43% na tardía. Por sexos, pódese ver que as adolescentes fumadoras en calquera subetapa superan ós rapaces, especialmente ós adolescentes medios e tardíos. Polo que se refire á idade en que probaron o tabaco por primeira vez, un 54,7% dos adolescentes temperáns informan que o probaron entre os 12 e 13 anos e un 26,4% fixéranlo entre os 10 e 11 anos; un 59% dos adolescentes medios proban o tabaco entre os 13 e 14 anos e un 20,4% fano ós 12 anos. Finalmente, o 53,5% dos adolescentes tardíos aseguran que probaron o tabaco por primeira vez entre os 14 e 15 anos.

En canto ás circunstancias en que os adolescentes probaron por primeira vez o tabaco, as maiores porcentaxes sinalan que o fixeron con amigos: o 29% dos adolescentes temperáns, o 51,2% dos medios e o 51,9% dos tardíos. Tamén indican os niveis de consumo dos adolescentes fumadores deste estudio e encontran que na adolescencia temperá un 2,4% son fumadores ocasionais e un 8,6% fuman entre 1 e 10 cigarros diarios; na subetapa media da adolescencia, un 8,2% son fumadores ocasionais e un 21% consomen entre 1 e 10 cigarros ó día. Por último, na adolescencia tardía o 7,85 son fumadores ocasionais e o 24,9% consomen entre 1 e 10 cigarros diarios.

A máis recente publicación do Plan de Galicia sobre Drogas recolle o

estudio levado a cabo en 1998 no que se significan, entre outros resultados, un incremento importante do consumo diario de cigarros entre os adolescentes de 12 a 18 anos, que pasa do 20,2% (EDIS, 1998) a un 24,9% (EDIS, 2000). Neste último estudio ponse de manifesto que as mulleres fuman diariamente máis (26,6%) cós homes (23,7%), dentro deste intervalo de idade.

Con respecto ós datos obtidos en 1996 (EDIS, 1998), neste estudio móstrase que a prevalencia xeral de fumadores diarios na Comunidade Autónoma de Galicia pasa dun 28,6% en 1996 a un 32,2% en 1998, dos que un 45,2% corresponde a homes e un 20,5% a mulleres. Constátase, igualmente, que entre os 12 e 18 anos a porcentaxe de mulleres fumadoras diarias supera á dos homes (26,6% fronte a 23,7%), o que nos dá idea da evolución experimentada polas mulleres no que se refire ó consumo de tabaco nos últimos anos.

Na Táboa 4 pódense ver algúns datos significativos do estudio antes referido.

Os estudos ós que nos referimos proporcionan datos moito máis concretos en relación cunha diversidade de variables; sen embargo, os resultados reseñados son suficientes para dar conta do estado actual en Galicia da iniciación ó consumo, semellante ó do resto de España (*cf.* Gestal, Montes, Barros e Smith, 1988; Rico e Ruíz, 1990; Salleras, Pardell, Méndez, Agustí, Vinué, Castillo, Salvador e Marín,

TABOIA 4. Prevalencia do consumo e da iniciación no consumo de tabaco en Galicia. Estudio de EDIS en 1998.

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAXE TOTAL	PORCENTAXE PO SEXO	
		Homes	Mulleres
N=2.300	%		
Non fuman	51,6	32,4	69,3
Non fuman agora, antes si	10	15,3	5,1
Fuman:	38,3	52,3	25,6
- Diariamente	32,2	45,2	20,5
- Ocasionalmente	6,1	7,1	5,1
Idade de inicio:			
- Ata os 10 anos			
- Entre os 11 e 13 anos	12	12,7	10,6
- Entre os 14 e 16 anos	38,6	38,7	38,4
- Entre os 17 e 19 anos	27,9	26,4	30,9
- De 20 anos en adiante	18,6	19	17,8

Fonte: Adaptado de EDIS, 2000, pp. 40-43.

1985). Ademais, é un soporte claro da necesidade da intervención preventiva sobre esta conducta no curso do desenvolvemento e dende idades moi temperás.

5. PRINCIPAIS ENFOQUES PREVENTIVOS SOBRE A CONDUCTA DE FUMAR

Ofreceremos agora unha breve descrición dos que se poden considerar os tres principais enfoques preventivos do tabaquismo. Seguiremos para iso a Chassin (Chassin, Presson e Sherman, 1990) quen sinala que os programas preventivos existentes son os que a seguir se relacionan:

- *Enfoque das Influencias Sociais*, a partir do que se desenvolverá o modelo preventivo sobre Inoculación social, deseñado polo equipo da Universidade de Houston (Evans, Hansen e Mittelmark, 1976; Evans, Rozelle, Mittelmark, Hansen, Bane e Havis, 1978; Evans, Rozelle, Maxwell, Raines, Dill, Guthrie, Henderson e Hill, 1981).
- *Enfoque Cognitivo-Conductual*, representado neste traballo polo Programa de Adestramento en Habilidades Persoais e Sociais (LST) de Botvin e colaboradores (Botvin e Dusenbury, 1987;

Dusenbury, Botvin e James-Ortiz, 1990).

- *Enfoque Cognitivo-Evolutivo*, baseado no Modelo de Estádios de Adquisición da Conducta de Fumar, de Leventhal e colaboradores (Leventhal e Cleary, 1980; Hirschman Leventhal e Glynn, 1984; Glynn e cols., 1985; Leventhal, Fleming e Glynn, 1988; Leventhal, Keeshan, Baker e Wetter, 1991).

A continuación, describimos cada un dos enfoques antes sinalados facendo fincapé nas súas principais características e nos programas preventivos propostos.

5.1. ENFOQUE DAS INFLUENCIAS SOCIAIS

Ata mediados dos anos setenta, a “activación do medo” (en relación cos efectos do tabaco, sobre a saúde a longo prazo) era un compoñente moi importante das mensaxes dirixidas á prevención do tabaquismo e doutras conductas potencialmente daniñas para a saúde. Pero esta estratexia tivo un impacto limitado sobre todo a longo prazo, na mellora do cambio cara a conductas de saúde.

No seu traballo de 1976, Evans (Evans e cols., 1976) describe detalladamente unha estratexia psicosocial anovadora para a prevención do inicio de fumar: a inoculación social. As dúas contribucións teóricas máis relevantes son a Teoría do Desenvolvemento Cognitivo de Piaget e Inhelder e a Teoría da Aprendizaxe Social de Bandura.

A Teoría do Desenvolvemento Cognitivo de Piaget e Inhelder (Inhelder e Piaget, 1972; Piaget, 1960) ofrece certas claves descritivas das características cognitivas dos suxeitos na idade en que o risco de comezar a fumar é máis elevado, ou sexa, entre os 12 e 14 anos. Esta teoría sinala que é durante estes anos cando os suxeitos acadan o seu “pensamento formal”, que lles vai permitir ter unha maior capacidade de comprensión dos efectos potencialmente daniños do tabaco para a saúde e, en consecuencia, tomar decisións ó respecto (Evans, 1988, 1990).

Pola súa parte, a Teoría da Aprendizaxe Social de Bandura (Bandura, 1982) é outra contribución teórica esencial, tanto para explica-la iniciación á conducta de fumar coma para ofrecer claves na elaboración dunha estratexia preventiva. A premisa básica desta teoría ten, pois, implicacións explicativo-preventivas e consiste en que, a través da observación, o rapaz adquire expectativas e aprende conductas en relación co acto de fumar. Deste xeito, a aprendizaxe vicaria das expectativas sobre as consecuencias positivas ou negativas desta acción podería ser un importante factor influínte na decisión final sobre fumar (Evans, 1984, 1988, 1990; Evans e cols., 1984).

En relación co desenvolvemento do programa de intervención proposto polo equipo de Houston, é preciso destacar dúas importantes achegas que tiveron unha grande



Carteis de Cassandre, 1934, e Mucha, 1895. Pouco cambiaron ó longo dos tempos as propagandas cara ó consumo de tabaco.

influencia. Referímonos ó Modelo de Comunicación-Persuasión de McGuire (McGuire, 1968) e á Inoculación para o Cambio de Actitudes (McGuire, 1961).

En termos xerais, a intervención baseada no Modelo de Inoculación Social consiste en ofrecerlles ós adolescentes “información” sobre a natureza das variadas influencias sociais para fumar e dotalos de “habilidades específicas” para lles facer fronte (Evans e cols., 1976; Evans, 1984). Tanto a información coma as habilidades son, polo tanto, elementos claves do modelo e sobre eles deterémonos a seguir.

Nas mensaxes educativas constitutivas da intervención, inclúese información acerca dos seguintes aspectos:

- Recoñecemento e comprensión de cómo operan as principais influencias sociais para fumar. Por exemplo, a presión dos iguais —amigos ou compañeiros— para fumar, a dos modelos familiares fumadores, a exercida polos *mass-media* a través da publicidade do tabaco.
- Efectos fisiolóxicos inmediatos de fumar e, en menor medida, os seus efectos nocivos a longo prazo para a saúde.

- Prevalencia de fumadores entre o grupo de iguais correspondente á poboación obxecto da intervención e entre a poboación adulta.
- Consecuencias sanitario-social-financieiras negativas relacionadas co tabaquismo.

Ademais de lles ofrecer ós adolescentes esta información estes adquiren, mediante un proceso de *realimentación* e das actividades de *role-playing*, un repertorio de habilidades sociais para fumar. Así, por exemplo, se se considera a influencia dos iguais, os autores describen tres graos de presión: alto, medio e baixo. Para afrontar cada un deles os adolescentes deberán adquirir habilidades específicas (Evans e cols., 1984; Evans e cols., 1991).

Dadas as condicións anteriores, confeccionaron (Evans, 1984; Evans e cols., 1984) un sistema de distribución que conta cos seguintes materiais e técnicas de intervención:

- Películas nas que se presenta, fundamentalmente, información sobre as influencias sociais que reciben os adolescentes para se iniciar na conducta de fumar, como poden ser ter membros fumadores na familia, amigos ou compañeiros fumadores e a presión exercida pola publicidade do tabaco nos medios de comunicación (Evans e cols., 1978; Evans e cols., 1981).
- Discusión e respostas orais e escritas acerca do contido exposto en vídeos ou películas.

- *Role-playing* de pósters na aula para afianza-lo recordo dos contidos aprendidos.
- *Realimentación* en relación cos efectos do programa sobre a clase en diversos momentos durante a súa aplicación e seguimento.

5.2. ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Varios equipos de investigación desenvolveron estratexias preventivas dentro do Enfoque Cognitivo-Conductual (Cfr. Botvin e Wills, 1985). De entre estas estratexias a que maior difusión tivo é a deseñada por Gilbert E. Botvin e os seus colaboradores en Nova York, que recibe as seguintes denominacións: “Adestramento en Habilidades para a vida” (Life Skill Training), “Adestramento en Habilidades Persoais e Sociais” ou ben “Promoción da Competencia Persoal e Social”.

Se hai dúas correntes teóricas principais e subxacentes que fundamentan a estratexia preventiva do Adestramento en Habilidades para a vida, estas son: a Teoría da Aprendizaxe Social de Bandura (Bandura, 1982) e a Teoría do Comportamento Problemático (Jessor e Jessor, 1977).

Dado que a Teoría da Aprendizaxe social de Bandura xa foi mencionada con anterioridade, ó desenvolve-lo Enfoque da Inoculación Social do Equipo de Houston, ímonos limitar agora a expoñer brevemente as principais premisas da Teoría do Comportamento Problemático de Jessor e Jessor.

Seguindo esta concepción teórica, os adolescentes implícanse en condutas problemáticas coma as relacionadas co uso de drogas, delincuencia, baixo rendemento académico, etc., porque perciben que lles poden axudar a conseguir algún obxectivo persoal. Por exemplo, para facer fronte ó fracaso, ó fastío, á ansiedade ou para ser aceptados polo grupo de iguais (Dusenbury e cols., 1990).

Dusenbury e cols. (1990) sinalaron que as dificultades que experimentan unha parte dos adolescentes en relación coa integración e o manexo de situacións sociais, fan que conductas coma a de fumar cigarros ou beber alcohol se presente coma unha chave para afrontar estas situacións e, unha vez que isto ocorre, é moi difícil realizar un labor preventivo agás que se lles ofrezca ós adolescentes camiños para acadar as metas desexadas sen o uso destas substancias. Esta é a finalidade fundamental dos programas de mellora da competencia para afrontar problemas da vida e, entre eles, destaca o de Adestramento en Habilidades para a vida (LST)

Se situamos este programa dentro dun marco máis xeral de "Mellora da Competencia Persoal e Social" (Personal and Social Competence Enhancement Approach), albíscase o amplo espectro de comportamentos que poden ser influenciados dende esta perspectiva. Efectivamente, ata hoxe o LST foi aplicado con éxito na prevención de numerosas condutas problemáticas durante a adolescencia,

tales como o abuso do tabaco, do alcohol e doutras drogas e, potencialmente, pode ser aplicable a outras moitas. Esta potencial multiutilidade supuxo que en recentes descrições sexa cualificado de "programa para a prevención do abuso de substancias" (Cfr. Botvin e Wills, 1985; Botvin e Dusenbury, 1987; Dusenbury e cols., 1990).

O programa LST aparece estruturado en tres compoñentes principais subdivididos noutros máis específicos, tal e como se pode ver en Botvin e Dusenbury (1987) e Dusenbury e cols. (1990). Estes son:

Un compoñente específico do problema tratado, constituído a partir da información sobre diversos aspectos relacionados co tabaquismo e o hábito de fumar, tales como:

- as consecuencias do consumo do tabaco a curto e longo prazo
- a prevalencia do consumo de cigarros entre iguais e adultos
- a decrecente aprobación social deste comportamento
- os procesos de iniciación e evolución cara á adicción ó tabaco
- a ilustración dos efectos fisiolóxicos inmediatos de fumar, usando aparatos de *biofeedback*
- as técnicas publicitarias para vender tabaco
- as técnicas de resistencia e/ou repulsa á presión para fumar

Un compoñente de adestramento en habilidades persoais, que trata de dota-lo individuo dunha gama de habilidades que:

- lle permitan mellora-la súa capacidade de toma de decisións e fomenta-lo desenvolvemento dun pensamento crítico e independente
- lle axuden a afronta-la ansiedade
- lle faciliten unha auto-mellora da súa imaxe e da súa estima
- lle axuden a resisti-las chamadas persuasivas da publicidade

Un compoñente de formación en habilidades sociais, que se concreta na mellora de tres áreas de habilidades interpersoais xerais:

- habilidades de comunicación verbal e non verbal
- habilidades sociais xerais como vence-la timidez, interacción co sexo oposto, etc.
- asertividade: defende-los dereitos dun, dicir que non cando se desexe, etc.

A pesar da amplitude do programa, tal e como sosteñen Dusenbury e cols. (1990), está organizado cunha progresión lóxica que vai dende ofrecer unha información e educación básicas ata a posta en marcha do último estadio de desenvolvemento das habilidades sociais.

A práctica de cada un dos compoñentes descritos arriba podería ser

interpretado como a consecución dun obxectivo do programa. Dado que sería tedioso e repetitivo facer referencia a todos estes obxectivos do programa, deterémonos só na súa finalidade última que consistiría en prove-los adolescentes de coñecementos e habilidades para resisti-las presións que os inducen ó consumo de tabaco, dentro do contexto máis amplo dunha estratexia de promoción xeral da competencia (Cfr. Botvin e Wills, 1985; Renick e Botvin, 1985).

5.3 ENFOQUE COGNITIVO-EVOLUTIVO

Unha das correntes sinaladas recentemente por Chassin e colaboradores (Chassin e cols., 1990) no eido da prevención do fumar en adolescentes é a do Enfoque Cognitivo-Evolutivo. Dúas son as orientacións complementarias que suxiren estes autores: a do “Enfoque focalizado na resposta” de Evans e colaboradores (Evans e cols., 1979; Evans e cols., 1984; Evans, 1990) e a do “Enfoque de Adestramento en Habilidades para a vida” de Botvin e colaboradores (Renick e Botvin, 1985; Botvin e Dusenbury, 1987).

Pódese afirmar que esta orientación preventiva posúe unhas características e unha entidade particulares que a diferencian claramente do amplo Enfoque das chamadas “Influencias Sociais”. Leventhal e cols. (1991) sosteñen que unha das súas peculiaridades distintivas é a da énfase en crear e mante-la motivación para se resistir a fumar, o cal contrasta coas intervencións habituais centradas en dota-los



XURXO LOBATO

O mozo atribúe ó fumador características específicas da personalidade [...] (*La Voz de Galicia*, sept. 2000).

individuos de habilidades e estratexias de resistencia (véxanse Flay, 1985; Best e cols., 1988). Máis explicitamente, estes autores puntualizan: “[...] ata a data, poucas intervencións prestan a atención adecuada á distinción entre o que os adolescentes poden facer e o que queren facer” (Leventhal e cols., 1991, p. 584).

Outro aspecto distintivo deste enfoque é a súa conceptualización evolutiva da conducta de fumar que cons-

titúe unha das súas contribucións máis importantes ó estudo deste tema. Leventhal e Cleary (1980), tomando en consideración a contribución de autores anteriores, propuxeron un modelo e estadios evolutivos que describe catro momentos claves no desenvolvemento da conducta de fumar. Estes son: preparación, iniciación, conversión en fumador e mantemento ou adicción. A través destes estadios debúxase a historia evolutiva da conducta de fumar así

como os factores e procesos implicados en cada momento desta. Resulta obvia a importancia do coñecemento destes aspectos para o deseño e elaboración de programas de prevención do tabaquismo. Seguidamente expoñemos unha breve síntese de cada un destes estadios.

1. Estadio de Preparación ou Preparatorio

Ata o momento de probalo primeiro cigarro, o adolescente vaise formando unha idea do que significa fumar, das vantaxes e inconvenientes que lle poderá achegar esta conducta e das presións e posibilidades de levala a cabo no seu medio-contorno. O mozo atribúelle ó fumador características específicas de personalidade e, ó mesmo tempo, realiza percepcións sobre as funcións potenciais da conducta de fumar. Estes dous aspectos, entre outros, serán claves nas actitudes que o adolescente se forme cara a esta acción e, tamén, na posterior decisión de fumar ou non o seu primeiro cigarro (Leventhal e Cleary, 1980; Glynn e cols., 1985).

2. Estadio de Iniciación ou Experimentación

A maior parte dos adolescentes acadan este estadio. Glynn e cols. (1985) explican que comeza cando se fuma o primeiro cigarro e se prolonga co consumo do segundo e, quizais, co do terceiro cigarro.

Tal e como indican Leventhal e Cleary (1980) e Hirschman e Leventhal

(1989) a idea central é que o resultado pracenteiro, neutral ou aversivo das experiencias iniciais confirma ou non as expectativas do iniciado e poden influír no consumo posterior.

3. Estadio de converterse en fumador

Hirschman e cols. (1984) sosteñen que a experiencia inicial de fumar se asocia a síntomas desagradables. Russell (1979), pola súa parte, pon de manifesto que a repetición sucesiva desta conducta leva o individuo á tolerancia destes síntomas.

Leventhal e Cleary (1980) advertiron que o adolescente que se atopa neste período probablemente desenvólvese a tolerancia ós efectos desagradables derivados das primeiras experiencias de fumar e, consecuentemente, poida interpreta-la súa desaparición coma unha evidencia de que fumar non é daniño para el e que pode segui-lo facendo.

A conducta de fumar durante este estadio caracterízase por un incremento progresivo da súa frecuencia e das situacións nas que o adolescente fuma (Leventhal e Cleary, 1980; Hirschman e cols., 1984) así como por unha experimentación coa conducta mesma con cuestións do tipo de cómo suxeita-los cigarros, cómo acendelos, etc. Tal e como Glynn e cols. (1985) sinalan, poderíase dicir que a conducta de fumar adquire certas regularidades, aínda que os mozos non cheguen a se definir a si mesmos como fumadores.

4. *Estadio de Mantemento, Dependencia ou Adicción ó tabaco*

Hirschman e Leventhal (1989) e Hirschman e cols. (1984) sosteñen que o individuo que se atopa neste estadio é un adicto ó tabaco. Adoita, de feito, consumir cigarros cunha elevada frecuencia diaria, experimenta ansias de fumar despois de deixalo e pode sentirlos síntomas asociados á retirada. Pola súa parte, Glynn e cols. (1985) din que nesta etapa o suxeito xa adoptou a imaxe do típico fumador.

A conceptualización evolutiva da conducta de fumar que acabamos de expoñer ten importantes implicacións tanto no aspecto explicativo dos factores (cognicións) que condicionan a conducta de fumar en cada etapa do seu desenvolvemento, coma no que se refire á intervención, marcando unhas directrices de actuación axustadas ós factores condicionantes dos diversos estadios.

Como sinala McCarthy (1985): “[...] o traballo dos investigadores relativo ó papel das cognicións na iniciación a fumar, suxire vigorosamente que os programas de intervención sobre fumar deberían incluír diferentes intervencións para adolescentes en diferentes estadios da secuencia evolutiva que culmina con fumar regularmente” (McCarthy, 1985, p. 163).

O programa estándar proposto polos autores integrados na perspectiva Cognitivo-Evolutiva (Glynn e cols., 1985; Hirschman e Leventhal, 1989) desenvólvese ó longo de tres sesións de

45 minutos cada unha que se levan a cabo no transcurso das clases habituais dos adolescentes. Cada sesión contén dúas actividades básicas:

- Unha proxección de diapositivas que inclúe comentarios gravados, cunha duración de entre 10 e 15 minutos.
- Unha discusión sobre o contido da parte audiovisual, cunha duración aproximada de 30 minutos.

A detallada descrición evolutiva da conducta de fumar proposta por Leventhal e colaboradores (Leventhal e cols., 1991) ten unhas claras implicacións no proceso de intervención xa que nos proporciona un apoio para decidir cándo intervir e sobre qué variables ou procesos temos que facelo. Polo que se refire o cándo, o programa pretende incidir en dous momentos claves na evolución cara á conversión en fumador, a saber:

Durante os ensaios iniciais da conducta de fumar, cando os signos somáticos aversivos se manifestan na súa plena intensidade.

1) Durante a fase de habituación ós síntomas desagradables derivados das primeiras experiencias, ou ben, cando esta habituación xa se produciu.

2) Os contidos incluídos no programa, que facilitarán as finalidades antes referidas, pódense resumir en: reacción inicial, tolerancia, dependencia e retirada. Tales contidos insírense nas distintas sesións de aplicación do programa, tal e como indicaron

Leventhal e cols. (1980) e Hirschman e Leventhal (1989).

Polo que se refire ó proceso avaliativo, no traballo de Hirschman e Leventhal (1989) ofrécese unha detallada exposición dos aspectos avaliados nos diversos momentos da intervención: pre-test, post-test e seguimentos. Así, por exemplo, avalíanse os seguintes: status de fumador, intencións de fumar, factores de risco para fumar (para cada vía de avance), comprensión dos síntomas do primeiro cigarro, comprensión da adaptación ós síntomas, comprensión do proceso de adición, coñecemento das consecuencias de fumar para a saúde, prevalencia percibida de fumadores entre compañeiros e adultos e satisfacción cos programas.

Os avances realizados ata o momento polos autores citados respecto á conducta de fumar son un bo comezo que pode abrir importantísimas perspectivas en relación coa prevención. Toda conducta voluntaria e libre diríxese a unha meta e se somos capaces de lle proporcionar ó adolescente metas alternativas a unha conducta tan nociva como fumar, que satisfagan igual ou mellor as súas necesidades, daremos un gran paso. É precisamente esta vía a que seguen os autores deste enfoque.

6. A MODO DE CONCLUSIÓN

Cada un dos enfoques desenvolvidos ofrécenos un punto de vista con-

creto sobre cómo previla iniciación á conducta de fumar. Como se pode ver, na Táboa 5 compáranse as principais características dos enfoques preventivos sobre tabaquismo ata aquí reseñados.

Debemos de facer notar que dentro dos enfoques das Influencias Sociais e Cognitivo-Conductual se desenvolveron un gran número de programas, ademais dos aquí expostos, e que a maioría deles obtiveron bos resultados. Tamén queremos sinalar que a corrente de Influencias Sociais foi, con diferenza, a máis prolífica ata a actualidade tanto no que se refire a estudos realizados coma á cantidade de programas deseñados. A efectividade de cada un dos programas que acabamos de presentar, representativos de tres correntes preventivas do tabaquismo ben diferenciadas, foi corroborada empiricamente en varios estudos (Cfr. Evans e cols., 1978; Botvin e Eng, 1980; Evans e cols., 1981; Hirschman e Leventhal, 1989; Botvin e cols., 1990).

Se comparámo-la estrutura xeral dos tres programas expostos, comprobamos que o máis amplo é o elaborado por Botvin e os seus colaboradores (Renick e Botvin, 1985; Botvin e Dusenbury, 1987; Dusenbury e cols., 1990) xa que dentro dos seus compoñentes xerais se inclúe unha gran cantidade e variedade de áreas de intervención. Polo que se refire ó programa de Leventhal e os seus colaboradores (Leventhal e cols., 1988; Hirschman e Leventhal, 1989) é o máis sinxelo en canto a estrutura, pois consta de tan só

TABOA 5. Comparación das características dos enfoques preventivos da conducta de fumar.

CARACTERÍSTICAS	ENFOQUES PREVENTIVOS		
	ENFOQUE DAS INFLUENCIAS SOCIAIS	ENFOQUE DAS COGNITIVO-CONDUCTUAL	ENFOQUE DAS COGNITIVO-EVOLUTIVO
AUTOR / ES	<ul style="list-style-type: none"> • Evans 81976) • Evans e cols. (1981) • Evans e cols. (1978) 	<ul style="list-style-type: none"> • Botvin (1983, 1984) • Botvin e cols. (1987) • Dusenbury e cols. (1980) 	<ul style="list-style-type: none"> • Glynn e cols. (1985) • Hirschman e cols. (1984) • Leventhal e Cleary (1980) • Leventhal e cols. (1988, 1991)
PRINCIPAIS CONTRIBUCIÓNS TEÓRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría da Aprendizaxe Social (Bandura, 1977). • Teoría do Desenvolvemento Cognitivo (Inhelder e Piaget, 1958; Piaget, 1960). 	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría do Comportamento problemático (Jessor e Jessor, 1977). • Teoría da Aprendizaxe Social (Bandura, 1977). 	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectivas teóricas cognitivas e do desenvolvemento.
VARIABLES MÁIS RELEVANTES	Factores persoais e sociais. Dan maior énfase ós factores sociais: <ul style="list-style-type: none"> — presión dos iguais — influencias familiares — influencias dos <i>mass-media</i> 	Dan énfase tanto ós factores persoais coma ós sociais	Factores persoais e sociais. Dan maior énfase ás cognicións do suxeito relacionada co tabaco e a súa experiencia de fumar, tendo en conta o momento evolutivo do suxeito.
PROGRAMA OU MODELO PREVENTIVO	Inoculación Social	Adestramento en Habilidades para a vida (LST)	Intervención para modificar e / ou fixar certas cognicións do suxeito relacionadas co fumar.
MARCO DE REFERENCIA DO PROGRAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de comunicación-Persuasión (McGuire, 1968) • Modelo de inoculación para o cambio de actitudes (MacGuire, 1961) 	Mellora da competencia persoal e social	Estadios do desenvolvemento da conducta de fumar
OBXECTIVOS FUNDAMENTAIS DA INTERVENCIÓN	Dota-los suxeitos con habilidades de rexeitamento e / ou resistencia ás presións sociais para fumar	Dota-los suxeitos con habilidades que eviten a iniciación ó hábito de fumar no contexto da mellora da súa competencia xeral	Dotar cognitivamente o suxeito para interpretar-las sensacións relacionadas coas primeiras experiencias no fumar e as funcións psicossociais atribuídas ó fumar como negativas

Fonte: Adaptado de EDIS, 2000, pp. 40-43.

catro sesións nas que se tratan de modificar as cognicións dos suxeitos sometidos á intervención en relación coas experiencias iniciais de fumar, o desenvolvemento da tolerancia e a síndrome de abstinencia.

En Galicia, e por poñer algúns exemplos, desenvolvéronse e aplicáronse algúns programas preventivos sobre tabaquismo. Así, destacámo-lo levado a cabo por Palomares (Cfr. Becoña, Palomares e García, 1994) que responde ó epígrafe “¡No gracias, no fumo!”, aplicado en Arteixo (A Coruña) a unha poboación escolar duns 1000 suxeitos entre 11 e 14 anos. Consta de seis leccións que se imparten unha por semana e de varias leccións de recordo que se inclúen durante os dous anos de seguimento a partir da aplicación do programa. Outro programa educativo-preventivo é o desenvolvido por González (1994) denominado “*De ti depende. Vivir sin tabaco. Vivir la salud*”, que foi aplicado en Moaña e Cangas do Morrazo (Pontevedra) a 114 suxeitos de sétimo de EXB dos que 67 formaron parte da condición experimental e 47 integraron o grupo control. Encontrouse que os suxeitos do grupo experimental, en comparación cos do grupo de control, adquiriron e consolidaron actitudes favorables cara á lexislación restrictiva do tabaco. Ademais, unha vez concluída a aplicación do programa, as nais dos suxeitos da condición experimental aumentaran a frecuencia das advertencias e os consellos dados ós seus fillos en contra do tabaco

e do fumar, o que non ocorreu coas nais dos suxeitos do grupo de control.

Por último, hai que resalta-la importancia que as autoridades da nosa Comunidade conceden a esta temática. Así, a Xunta de Galicia publicou hai poucos anos un *Programa para o desenvolvemento persoal e social* enmarcado no ámbito educativo galego e encamiñado a servir de guía a profesores e titores para dota-los alumnos de habilidades fronte a adicións como drogas, alcohol e tabaco. Este programa é unha adaptación do de Botvin e cols., (cfr. Luengo Martín, Otero López, Romero Triñanes, Gómez Fraguela e Garra López, 1998).

O camiño percorrido ata o momento actual supón un bo punto de partida malia que os efectos dos programas preventivos derivados destes enfoques decaen co tempo, ata o punto de desaparecer, e prodúcese un efecto a curto-medio prazo (2-3 anos) que implica un apazamento do momento da iniciación. A importancia deste efecto é obvia se consideramos que o suxeito se encontra xa nunhas condicións cognitivas máis axeitadas para afronta-la toma de decisións respecto da iniciación ou non da súa conducta de fumar (Inhelder e Piaget, 1972).

Vexamos agora algúns dos datos relacionados coa avaliación e eficacia de distintos programas preventivos, algúns dos cales foron referenciados con anterioridade.

O programa “*Tú decides. Programa de educación sobre drogas*” de Calafat,

Amengual, Farrés, Mejías e Borrás (1992) foi implantado maioritariamente en Mallorca e Cataluña e conta cunha traxectoria de doce anos dende a súa primeira edición. Componse de catro leccións deseñadas para previr drogas letais, alcohol e tabaco e nas que se atende a compoñentes coma a información sobre drogas, dinámica do consumo e adicción, ensino da toma de decisións, actitude do profesor, traballo do profesor cos pais, traballo en grupo, xogo dramático e avaliación. Utilízase a discusión na clase, a representación de escenas e outros recursos metodolóxicos. O programa mostrou a súa eficacia trala avaliación que se lle fixo, de modo que o grupo experimental tende a estancar ou diminuí-lo consumo en tanto que o grupo control incrementa de maneira significativa o mesmo.

Drug Abuse Resistance Education (DARE) de Clayton e Leukefeld (1994) é un programa preventivo de drogas baseado na escola, deseñado para previ-lo uso de tabaco, alcohol e outras drogas dos estudantes. A avaliación do DARE, que compara o tamaño do efecto e non contempla a significatividade dos resultados obtidos, demostra que é efectivo en incrementa-lo coñecemento sobre o uso de drogas, as habilidades sociais, as actitudes cara ás drogas, as actitudes cara á policía e á autoestima. Foi eficaz na redución do consumo de tabaco e non houbo variacións en alcohol e marihuana, tal vez pola curta idade dos participantes e a condición de non consumidores destas últimas substancias. Non se produciu

cambio de conducta dos participantes entre o pre-test e o pos-test, posiblemente polo período especialmente curto de tempo transcorrido.

As variacións sobre a eficacia destes exemplos de programas preventivos fannos pensar que ademais de que a prevención, tal e como a literatura suxire, é capaz polo menos de aprazala toma de decisións en relación coa iniciación no consumo de tabaco, a potencia e o refinamento de programas que se van implantando condiciona as actitudes das persoas que rodean o adolescente, principalmente as de pais e iguais, o que nos ratifica na idea de que a prevención no ámbito escolar ten uns efectos moito máis alentadores do que cabería esperar hai tan só un par de décadas e que, en calquera caso, esta liña preventiva pode evita-lo xurdimiento de enfermidades a medio e curto prazo cos custos económicos e sanitarios que isto representa para calquera país.

Se no futuro se desexan obter melloras ostensibles nos programas preventivos do tabaquismo, será necesario un coñecemento máis profundo e concreto dos motivos que inducen os mozos a iniciarse no tabaco. Ademais disto, será conveniente idear estratexias de intervención que superen en eficacia as existentes actualmente, e que fomenten de maneira especial a motivación do suxeito no seu compromiso na realización do programa e, conseguido isto, que o suxeito se aplique tales coñecementos e habilidades aprendidas nas situacións concretas da

súa vida cotiá. Neste sentido, facemos nosas as palabras de Leventhal e os seus colaboradores (Leventhal e cols., 1991) cando afirman que non abonda con ensinar destrezas de resistencia e/ou rexeitamento, senón que ademais é preciso estimular e motiva-lo adolescente para que as utilice.

REFERENCIAS

- Aaro, L.E., J.C. Laberg e B. Wold, "Health behavior among adolescents: Towards a hypothesis of two dimensions", *Health Education Research*, 10, 1995, pp. 83-93.
- American Psychiatric Association (APA), *DSM-IV, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995.
- Bandura, A., *Teoría del aprendizaje social*, Madrid, Espasa-Calpe, 1982.
- Becoña, E., A. Palomares e M.P. García, *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*, Madrid, Pirámide, 1994.
- Best, J.A., S.J. Thompson, S.M. Santi, E.A. Smith e K.S. Brown, "Preventing adolescent smoking among school children", *Annuary Review of Public Health*, 9, 1988, pp. 161-201.
- Botvin, G.J. e A. Eng, "A comprehensive school-based smoking prevention program", *The Journal of School Health*, 50, 1980, pp. 209-213.
- Botvin, G.J., E. Baker, N. Renick, A.D. Filazzola e E.M. Botvin, "A cognitive behavioral approach to substance abuse prevention", *Addictive Behaviors*, 9, 1984, pp. 137-147.
- Botvin, G.J. e T.A. Wills, "Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention", en C. Bell e R. Battjes (eds.), *Prevention research: Detering drug abuse among children and adolescents*, Washington, DC., NIDA Research Monograph, 63, 1985, pp. 8-49.
- Botvin, G.J. e L. Dusenbury, "Life skills training: A psychoeducational approach to substance abuse prevention", en C.A. Maher e I.E. Zins (eds.), *Psychoeducational interventions in schools: Methods and procedures for enhancing student competence*, Elmsford, NY., Pergamon Press, 1987.
- Botvin, G.J., E. Baker, L. Dusenbury, S. Tortu, e E.M. Botvin, "Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 1990, pp. 437-446.
- Botvin, G.J., S. Tortu, E. Baker e L. Dusenbury, "Preventing adolescent cigarette smoking: Resistance skills training and development of life skills", *Special Services in the Schools*, 6, 1990, pp. 37-61.

- Calafat, A., M. Amengual, C. Farrés, G. Mejías e M. Borrás, *Tú decides. Programa de educación sobre drogas*, Mallorca, Secció de Promoció de la Salut, Sevei d'Acció Social i Sanitat, Consell Insular de Mallorca, 1992.
- Chassin, L., C.C. Presson e S.J. Sherman, "Social psychological contributions to the understanding and prevention of adolescent cigarette-smoking", *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(1), 1990, pp. 133-151.
- Clayton, R.R. e C.G. Leukefeld, "Past and future directions of de DARE program: An Evaluation review. Research Triangle Institute: C.L. Ringwalt, J.M. Green, S.T. Ennett e R. Iachan", *Draft final report*, September, University of Kentucky, 1994.
- Comas. D., M. Espín Martín e E. Ramírez Goicoechea (eds.), *Fundamentos teóricos en prevención*, Madrid, Fundamentos, 1992.
- Dean, K., C. Colomer e S. Pérez-Hoyos, "Research on lifestyles and health: Searching for meaning", *Social Science and Medicine*, 41, 1995, pp. 845-855.
- Donovan, J.E., R. Jessor e F.M. Costa, "Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 1988, pp. 762-765.
- "Structure of health-enhancing behavior in adolescence: A latent variable approach", *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 1993, pp. 346-362.
- Dusenbury, L., G.J. Botvin e S. James-Ortiz, "The primary prevention of adolescent substance abuse through the promotion of personal and social competence", en R. Lorion (ed.), *Strategies for optimizing emotional and behavioral development*, New York, Hawolth Press, 1990.
- EDIS, *El consumo de drogas en Galicia IV*, Plan de Galicia sobre Drogas, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade e Servicios Sociais da Xunta de Galicia, 1988.
- EDIS, *O consumo de drogas en Galicia V*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade e Servicios Sociais da Xunta de Galicia, Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, 2000.
- Elliot, D.S., "Health-enhancing and health-compromising lifestyles", en S.G. Millstein, A.C. Petersen e E.O. Nightingale (eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century*, Oxford, England, Oxford University Press, 1993.
- Erikson, E.H., *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Hormé, 1950.
- *Identidad, juventud y crisis*, Madrid, Taurus, 1980.

- Evans, R.I., "A social inoculation strategy to deter smoking in adolescence" en J.D. Matarazzo, J.A. Herd, N.E. Miller e S.M. Weiss (eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*, New York, John Wiley, 1984, pp. 765-774.
- _____"Prevention of smoking in adolescents: Conceptualization and intervention strategies of a prototypical research program", en S. Maes, C.D. Spielberger, P.B. Defares e I.G. Sarason (eds.), *Topics in Health Psychology*, New York, John Wiley, 1988, pp. 107-125.
- _____"Development of the social inoculation strategy to deter smoking and related health threatening behaviors in adolescents: Review and update", *Paper presented at the International Workshop of Prevention of Drug-Addictions*, Alicante, Spain, December, 3-5, 1990.
- Evans, R.I., W.B. Hansen e M.B. Mittelmark, "Increasing the validity of self-reports of smoking behavior in children", *Journal of Applied Psychology*, 62, 1976, pp. 521-523.
- Evans, R.I., R.M. Rozelle, M.B. Mittelmark, W.B. Hansen, A.K. Bane e J. Havis, "Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate psychological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modeling", *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 1978, pp. 126-135.
- Evans, R.I., A. Henderson, P. Hill e B.E. Raines, "Smoking in children and adolescents: Psychosocial determinants and prevention strategies", en *Smoking and health: A report of the Surgeon General*, DHEW Pub, No, (PHS) 7950066, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1979.
- Evans, R.I., R.M. Rozelle, S.E. Maxwell, B.E. Raines, C.A. Dill, T.J. Guthrie, A.H. Henderson e P.C. Hill, "Social modeling films to deter smoking in adolescents: Results of a three-year field investigation", *Journal of Applied Psychology*, 66, 1981, pp. 399-414.
- Evans, R.I., B.E. Raines e L. Hanselka, "Developing data-based communications in social psychological research: Adolescent smoking prevention", *Journal Applied Social Psychology*, 14, 1984, pp. 289-295.
- Evans, R.I., C.K. Smith e B.E. Raines, "Deterring cigarette smoking in adolescents: A psychological-behavioral analysis of an intervention strategy", en A. Baum, S.E. Taylor, e E. Singer (eds.), *Handbook of Psychology and Health*, Vol. IV: *Social psychological aspects of health*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1, 1984, pp. 301-318.

- Evans, R.I., G.J. Getz e B.E. Raines, "Theory-guided models in prevention of AIDS in adolescents", *Paper presented at de Science Weened, American Psychological Association Meeting in San Francisco, California, August, 1991*, pp. 16-20.
- Flay, B.R., "Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings", *Health Psychology*, 4, 1985, pp. 449-488.
- Gestal, J.J., A. Montes, I.M. Barros e E. Smith, *Tabaco y patología*. A Coruña: Fundación Pedro Barrié de la Maza, Conde de Fenosa, 1988.
- Glynn, K., H. Leventhal e R. Hirschman, "A cognitive developmental approach to smoking prevention", en C.S. Bell e R. Battjes (eds.), *Prevention research: Detering drug abuse among children and adolescents*, Washington, DC, US Government Printing Office, NIDA Research Monograph No. 63, 1985, pp. 130-152.
- Gómez-Durán, B.J., S.G. González, M.M. García e M.P. García, "La prevención de la conducta de fumar: Enfoques actuales", en M.A. Simón (ed.), *Comportamiento y Salud*, Valencia, Promolibro, 1994, pp. 73-99.
- Gómez-Durán, B.J., M.P. García de la Torre, T. Del Campo López e M.C. Santos González, "Locus de control y consumo de sustancias durante la adolescencia", comunicación presentada ó III Congreso Internacional de Psicología e Educación, Santiago de Compostela, 8-11 de setembro de 1999.
- González García, F. (dir.), "Educación para a saúde. Investigación a escolares, 1991" (manuscrito inédito), Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, 1991.
- González González, S.G., *Tratamiento educativo del tabaquismo en la Educación Secundaria Obligatoria (Propuesta para el desarrollo curricular de un tema de Educación para la Salud en el marco de la Reforma)*, (tesis Doctoral inédita), Santiago de Compostela, 1994.
- Grube, J.W. e M. Morgan, "The structure of problem behavior among irish adolescents", *British Journal of Addiction*, 85, 1990, pp. 667-675.
- Hirschman, R.S., H. Leventhal e K. Glynn, "The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cross-sectional survey data", *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 1984, pp. 184-206.
- Hirschman, R.S. e H. Leventhal, "Preventing smoking behavior in school children: An initial test of a cognitive-development program", *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1989, pp. 559-583.

- Inhelder, B. e J. Piaget, *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*, Buenos Aires, Paidós, 1972.
- Izquierdo Moreno, C., *La droga: Un problema familiar y social con solución*, Bilbao, Mensajero, 1992.
- Jessor, R., "Adolescent development and health behavior", en J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd e N.E. Miller (eds.), *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*, New York, Wiley and Sons, 1984.
- Jessor, R. e S.I. Jessor, *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*, New York, Academic Press, 1977.
- Leventhal, H. e P.D. Cleary, "The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification", *Psychological Bulletin*, 88, 1980, pp. 370-405.
- Leventhal, H., R. Fleming, e K. Glynn, "A cognitive-developmental approach to smoking prevention", en S. Maes, C.D. Spielberg, P.B. Defares e I.G. Sarason (eds.), *Topics in Health psychology*, Chinchester, New York, John Wiley, 1988, pp. 79-105.
- Leventhal, H., T. Baker, T. Brandon e R. Fleming, "Intervening and preventing cigarette smoking", en T. Ney e A. Gale (eds.), *Smoking and human behavior*, Chinchester, New York, John Wiley, 1989, pp. 313-336.
- Leventhal, H., P. Keeshan, T. Baker e D. Wetter, "Smoking prevention: Towards a process approach", *British Journal of Addiction*, 86, 1991, pp. 583-587.
- Luengo Martín, M.A., J.M. Otero López, E. Romero Triñanes, J.A. Gómez Fraguela e A. Garra López, *Programa para o desenvolvemento persoal e social. Ampliación e Adaptación do programa de J.G. Botvin*, Santiago de Compostela, Consellería de Educación e Ordenación Universitaria da Xunta de Galicia, 1988.
- Marcia, J.E., "Identity in adolescence", en J. Adelson (ed.), *Handbook of Adolescent Psychology*, New York, Wiley, 1980.
- McCarthy, W.J., "The cognitive development model and other alternatives to the social skills deficit model of smoking onset", en C.S. Bell e R. Battjes (eds.), *Prevention reserch: Deterring drug abuse among children and adolescents*, Washington, DC, US Government Printing Office, NIDA Research Monograph, No.63, 1985, pp.153-169.
- McGuire, W.J., "The effectiveness or supportive refutational defenses in immunizing and restoring beliefs against persuasion", *Sociometry*, 24, 1961, pp. 184-197.
- "The nature of attitudes and attitude change", en G. Lindzey e E. Aronson (eds.), *Handbook of Social Psychology*, Vol.3: The individual

- in a social context. Reading, M.A., Addison-Wesley, 1968.
- Méndez, C., I. Fraga, M. Alcaraz, L. Jiménez e M. Peralbo, "A influencia dos modelos no inicio do consumo de tabaco en adolescentes", *Cadernos de Psicoloxía*, 12, 1992, pp. 28-36.
- Mussacchio de Zan, A., "Problemas de la drogadicción hoy", en A. Mussacchio de Zan, A. Ortiz Frágola, Y. Pelicier, L. Bellomo, E.C. de Casarino, O. D'Agnone, R. Fährer, J. García Badaracco, R. Lazcano, M.R. Leonetti, A. Maccagno, A. Molina, E. Ortiz Frágola, M. Peretti e D. Rey., *Drogadicción*, Buenos Aires, Paidós, 1992, pp. 21-39.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Consecuencias del tabaco para la salud*, Ginebra, OMS, 1974.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Lucha contra el tabaquismo epidémico*, Ginebra, OMS, 1979.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Estrategias contra el tabaquismo epidémico*. Ginebra, OMS, 1983.
- Organización Mundial de la Salud-Comité Regional Europeo, *Europa sin tabaco: Plan de acción a cinco años*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
- Piaget, J., *Psicología de la inteligencia*, Buenos Aires, Psiqué, 1960.
- Renick, N.L. e G.J. Botvin, "Enhancing junior high school student's life skills as a smoking prevention strategy", *Health Education (Wash)*, 16, 1985, pp. 45-49.
- Rico, G. e L.G. Ruíz, *Tabaquismo: Su repercusión en aparatos y sistemas*, México, Trillas, 1990.
- Royal College of Physicians, *Health or smoking?*, London, Pitman, 1983.
- Rubio Herrera, R., *Psicología del Desarrollo*. Madrid, CCS, 1992.
- Russell, M.A.H., "Tobacco dependence: Is nicotine rewarding or aversive?", en N.A. Krasnegor (ed.), *Cigarette smoking as a dependent process*. Rockville, MD, NIDA Research Monograph, No.23, 1979.
- Salleras, L., H. Pardell, D. Méndez, A. Agustí, J.M. Vinué, A. Castillo, T. Salvador e M.D. Marín, *El tabaquismo: Un problema actual*, Barcelona, Zambón, 1985.
- Sánchez Vidal, A., (comp.), *Programas de prevención e intervención comunitaria*, Barcelona, PPU, 1993.
- Surgeon General, *Nicotine Addiction*, Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services, 1988.
- Terre, L., W. Ghiselli, L. Taloney e E. DeSouza, "Demographics, affect, and adolescents' health behaviors", *Adolescence*, 27, 1992, pp. 13-24.

Vega Fuente, A., *La acción social ante las drogas: Propuestas de intervención socioeducativa*, Madrid, Narcea, 1993.

Vingilis, E. e E. Adlaf, "The structure of problem behavior among Ontario high school students: A confirmatory factor analysis", *Health*

Education Research, 5, 1990, pp. 151-160.

Windle, M., C. Miller-Tutzauer, M. Barnes e J. Welte, "Adolescent perceptions of help-seeking resources for substance abuse", *Child Development*, 62, 1991, pp. 179-189.

