

Métodos educativos en la prevención del tabaquismo, en escolares del Departamento del Herault, Francia

Annie Séquier, Psic,⁽¹⁾ Anne Stoebner, MD,⁽¹⁾ Sophie Gourgou, MS,⁽¹⁾ Juan J Lence, MD,⁽²⁾
Cécile Bonifaci, MD,⁽³⁾ Hélène Sancho-Garnier, MD.⁽¹⁾

Séquier A, Stoebner A, Gourgou S, Lence JJ,
Bonifaci C, Sancho-Garnier H.
Métodos educativos en la prevención
del tabaquismo, en escolares del Departamento
del Herault, Francia.
Salud Publica Mex 2002;44 supl 1: S93-S100.

El texto completo en inglés de este artículo está
disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Séquier A, Stoebner A, Gourgou S, Lence JJ,
Bonifaci C, Sancho-Garnier H.
Educational methods for smoking prevention
among schoolchildren in
the Herault Department, France.
Salud Publica Mex 2002;44 suppl 1: S93-S100.

The English version of this paper
is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Evaluar la eficacia de dos estrategias educativas para la prevención del tabaquismo en jóvenes de edad escolar. **Material y métodos.** Estudio de intervención, de comparación concurrente, con alumnos del quinto grado de primaria durante los cursos de 1992 a 1995, efectuado en el Departamento del Herault, Montpellier, Francia. Se incluyeron tres grupos de observación: grupo I, sometido durante el año escolar a un programa educativo transversal; grupo II, sometido el "Día Mundial sin Fumar" a una acción puntual, y el grupo III, testigo, no sometido a intervención, cuyos resultados se compararon con ji cuadrado y se hizo regresión logística. **Resultados.** Se confirma el papel pronóstico de sus iguales y del entorno familiar sobre el consumo de tabaco. Transcurridos tres años, el grupo sometido a la intervención transversal sostenida muestra una prevalencia de fumadores significativamente inferior a la de los otros dos grupos. **Conclusiones.** Aunque el consumo de tabaco parece iniciar más tardíamente en las niñas que en los niños, en este estudio la prevalencia aumenta al cabo de tres años, de 0.7 a 7%. Deben mantenerse y reforzarse en tiempo y lugar las acciones educativas de prevención para que tengan influencia y eficacia en la iniciación y disminución del consumo de tabaco en los niños. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: educación en salud; tabaquismo/prevención & control; Francia

Abstract

Objective. To evaluate the efficacy of two educational strategies to prevent tobacco addiction in schoolchildren living in Herault, France. **Material and Methods.** A study was conducted to deliver an intervention and make a concurrent comparison, among elementary school, fifth-grade students, during school years 1992 to 1995, in Herault Department, Montpellier, France. Three observation groups were included: Group 1 was subject to a cross-sectional educational intervention; Group 2 was only subject to a single health activity on World Day Against Smoking; and Group 3 or control was not subject to any intervention. **Results.** The prognostic role of peers and the family setting on tobacco consumption was confirmed; after three years, the Group subject to the sustained cross-sectional intervention showed a prevalence of smokers significantly lower than that of the other two groups. **Conclusions.** Even though tobacco consumption seems to begin earlier in boys than in girls, in the former the prevalence increases from 0.7 to 7 % after three years. Preventive educational interventions should be maintained and reinforced to be effective on the initiation and cessation of tobacco smoking among children.

Key words: health education; smoking/prevention & control; France

(1) Espacio de Prevención del Centro Regional de Lucha Contra el Cáncer (Epidaure). Montpellier, Francia.

(2) Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

(3) Departamento de Información Médica. Montpellier, Francia.

Fecha de recibido: 30 de marzo de 2001 • Fecha de aprobado: 5 de noviembre de 2001

Solicitud de sobretiros: Annie Séquier. Epidaure C.R.L.C. Parc Euromédecine, rue des Apothicaires, 34298 Montpellier Cedex 5, Francia.

Correo electrónico: sequiera@yahoo.fr

Las consecuencias nefastas del consumo de tabaco constituyen, actualmente, en los países industrializados, una preocupación real de la salud pública,¹ particularmente en Europa.² Los dos factores que juegan un papel preponderante en el aumento de los riesgos de enfermedad son la duración, dependiente de la edad de comienzo del hábito, y la dosis inhalada.

En Francia, la edad promedio de iniciación del tabaquismo muestra un cambio creciente; la edad media de comienzo se incrementó de 12.5 años, en 1980, a 14.9 en 1997.³ La diferencia de edad entre niñas y niños más marcada en los años 80 no muestra ahora diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, independientemente de la edad de comienzo, se constata un estancamiento de la prevalencia del tabaquismo en los jóvenes.

La cantidad consumida aumenta regularmente con la edad: de 3.8 cigarros/día entre 12 y 13 años; 6.9 entre 14 y 15 y 9.1 a la edad de 18 años.³⁻⁵

Si se comparan los porcentajes de fumadores regulares y la evolución del consumo entre 14 y 15 años en diversos países de Europa, se constata de manera general un aumento de 4% a la edad de 14 años, a 10% a la edad de 15 años en los niños, y de 3 a 8% en las niñas.

Teniendo en cuenta la velocidad de crecimiento de la tasa de consumo de tabaco en los jóvenes, su reducción parece una necesidad capital tratando de desactivar tempranamente el hábito; es decir, interviniendo antes de que se establezca la adicción.

Los escolares de entre 8 y 12 años –con una edad media de 10 años–, constituyen el grupo intermedio entre la infancia y la adolescencia. Durante este periodo, el niño se caracteriza por la inteligencia racional, que le permite diferenciar los conceptos del bien y el mal; la curiosidad por las cosas y su finalidad, en particular con relación a la enfermedad; la toma de conciencia del tiempo y su proyección en el pasado y el futuro, así como la posibilidad de encontrar varias soluciones a un mismo problema aprendiendo a hacer cosas y a saber utilizar la libertad –la de no fumar, por ejemplo–. Este grado es también el año que precede a los estudios secundarios.

El objetivo de la educación para la salud, en general, y de la prevención del tabaquismo en particular, es permitir al niño integrar los conocimientos facilitando la adaptación de su comportamiento con el fin de adquirir nuevas conductas espontáneas, agradables, no impuestas y favorables a la salud. La elaboración y desarrollo de un programa educativo en materia de educación para la salud puede apoyarse en dos conceptos fundamentales: el acercamiento en espiral y el acercamiento transversal.⁶⁻⁸

El acercamiento espiral se expresa por el hecho de que las situaciones de aprendizaje –lugar o tema escogido– deben presentarse muchas veces en el transcurso de la vida del niño y el adolescente sobre la base de las necesidades presentes o futuras, tomando en cuenta la evolución del aprendizaje.

El acercamiento transversal u horizontal se refiere a las necesidades de inscribir el tema de la educación para la salud –en este caso, la prevención del tabaquismo– dentro del abanico más amplio posible de las disciplinas escolares. Este método implica un análisis detallado de los contenidos de los programas de cada disciplina, de manera que se introduzca la prevención del tabaquismo con coherencia y armonía. De preferencia realizado por un grupo de educadores capacitados, con el fin de obtener un modelo estructurado, pero flexible, teniendo en cuenta los objetivos del acercamiento en espiral.

En el plano práctico, para desarrollar un programa educativo transversal durante todo un año escolar, el hecho de tener sólo un profesor podría ser una ventaja. La literatura revisada muestra que se dispone actualmente de poca información concerniente a las actitudes, el conocimiento y la representación social, asociadas con el consumo de tabaquismo en los jóvenes, y su evolución en el tiempo.^{1,9}

El presente estudio tiene por objeto evaluar la eficacia de dos tipos de estrategias para facilitar la reducción del consumo de cigarrillos, o mejor dicho para disminuir el número de niños que llegan a ser fumadores habituales: un programa educativo desarrollado en el curso de un año escolar y una acción puntual.

Material y métodos

Se realizó un estudio de intervención sobre una muestra de alumnos de escuelas primarias durante los años escolares 1992-1995, en el Departamento del Herault, Montpellier, Francia. El estudio fue conducido por el Espacio de Prevención del Centro Regional de Lucha contra el Cáncer de Montpellier (Epidaire), en el marco de su actividad regular: investigación-acción en prevención y educación para la salud.

Para demostrar los efectos vinculados a un programa de prevención es necesario comparar los resultados observados en el conjunto de sujetos sometidos a la intervención con un grupo de referencia (grupo control), no sometido a la intervención, o sometido a una intervención cuya eficacia haya sido demostrada.^{10,11} En este estudio se comparan dos tipos de estrategias educativas con un grupo control que no recibe ninguna acción específica.

Se trata de una comparación antes-después de tres grupos no aleatorizados. En el contexto de la época, no fue posible aleatorizar los grupos. En efecto, en el marco de la evaluación de métodos de educación para la salud, la aleatorización no estaba del todo admitida por todos los autores, sino que más bien era considerada no ética por algunos.

Se aplicó una encuesta autoadministrable en una muestra de 519 escolares, repartidos en 21 aulas, correspondiente al segundo grado medio de la enseñanza primaria (CM2), y que en otros países se corresponde generalmente con el quinto grado de primaria. Los grupos fueron seleccionados sobre el principio de voluntariedad de los educadores.

Primeramente, entre las 21 clases iniciales se seleccionaron aquellos educadores que desearon recibir la capacitación, la cual, inscrita al plan departamental de educación, fue organizada mediante el concurso del Servicio Departamental de Salud Escolar. Con el fin de asegurar un real trabajo multidisciplinario, varios médicos de medicina escolar participaron al mismo nivel de los educadores.

La estructura del contenido de la formación descansó sobre dos grandes ejes:

1. Un aspecto teórico, desarrollado en forma de conferencias por los especialistas, contiene los principales conceptos y principios en educación para la salud, los datos epidemiológicos y biológicos del tabaquismo,^{10,11} la sociología del tabaquismo, la legislación del tabaco¹²⁻¹⁴ y la metodología del proyecto.
2. Un aspecto práctico basado en ejercicios de dinámica de grupos, técnicas de escucha y de comunicación.

Los educadores en cuyas aulas se recibió la capacitación, conformaron el grupo I.

Las 14 aulas restantes fueron divididas en dos grupos, sobre la base de la aceptación o no de los educadores de participar en una acción puntual.

La selección final del conjunto de alumnos en cada grupo se hizo de la manera siguiente:

Grupo I. Conformado por siete aulas con un total de 181 alumnos, beneficiados con un programa educativo transversal específico, desarrollado durante el año escolar 92-93 por sus educadores, los cuales fueron capacitados especialmente en educación para la salud.

Grupo II. Siete clases que conformaron una muestra de 169 alumnos, beneficiados con una acción puntual elaborada para el Día Mundial sin Fumar por sus educadores no capacitados.

Grupo III. Siete clases (169 alumnos) que representan el grupo testigo, sin intervención formal durante el periodo de estudio.

Los padres fueron informados previamente por correo de la participación eventual de su hijo en el estudio, y se les remitió un modelo de consentimiento escrito según las exigencias de la Comisión Nacional de Informática y Libertad (CNIL). Se obtuvo 100% de autorizaciones. También se precisó a los padres que no serían informados de resultados individuales, pero que podrían conocer los resultados globales del estudio.

Un cuestionario autoadministrable inicial fue propuesto en octubre de 1992 a todos los alumnos durante una hora de clases, bajo la vigilancia y las explicaciones de su educador.

Un segundo cuestionario autoadministrable fue propuesto a los alumnos en junio de 1993 y un tercero en junio de 1995. Como la mayoría de este último grupo de alumnos había pasado a los estudios secundarios –recibían clases por diferentes educadores según materia–, el cuestionario fue aplicado durante el plazo de una hora bajo la custodia del médico escolar o la enfermera, los cuales recibieron la capacitación al principio del estudio.

Antes de cada cuestionario, a los alumnos se les informó sobre la estricta confidencialidad de los datos, los cuales serían reservados solamente a los objetivos de la encuesta y en ningún caso divulgados a los padres y educadores.

Los cuestionarios fueron elaborados por un equipo multidisciplinario compuesto por un médico especializado en epidemiología, un psicólogo y un sociólogo.

El cuestionario inicial o cuestionario “Antes” (Q1, octubre 1992) comprende sólo preguntas cerradas en las cuales los temas abordados se agrupan en diferentes categorías: los hábitos del medio familiar (padres, hermanos y hermanas) en relación con el consumo de tabaco y alcohol, el nivel de educación de los padres, los hábitos del educando en relación con el tabaco y el alcohol, consumo de medicamentos para dormir, hábitos de vida –lectura, televisión, deporte.

Los cuestionarios “Después” (Q2, junio 1993; Q3, junio 1995) comprenden 15 ítems concernientes al medio familiar (padres, hermanos, primos), hábitos e intenciones personales del alumno en relación con el consumo de tabaco, y sus conocimientos y experiencias adquiridas a partir del programa educativo recibido, representado por dos preguntas abiertas sobre las consecuencias nefastas del tabaco y los productos tóxicos contenidos en el humo.

Se estudió la comparabilidad de los grupos: GI, GII, y GIII, en relación con el nivel de educación de los padres, el sexo, la edad y el tabaquismo a partir de Q1. Para estas comparaciones se utilizó el test ji cuadrado de homogeneidad.

Con el objeto de detectar diferencias significativas entre los grupos, el análisis fue completado con el modelo de regresión logística no condicional mediante el método paso a paso. Se utilizó como variable de respuesta: "yo fumo o yo hice el intento", y "yo no fumo". Las variables explicativas consideradas en el modelo fueron por un lado la variable grupo y por otro los factores ligados al tabaquismo –variables confusoras–, que arrojaron un nivel de significancia de $p < 0.15$ en el análisis univariado.

Finalmente, se evaluaron los diferentes parámetros a través de un test de tendencia cualitativo para estudiar su evolución a lo largo del tiempo en cada uno de los grupos.

Resultados

En octubre de 1992 fueron interrogados un total de 519 alumnos distribuidos en tres grupos, que representaron 5.3% del total de alumnos de la misma edad, residentes en el Herault durante ese año escolar.

En octubre de 1992, el número de alumnos participantes según grupos era de 181 en el grupo I; 169 en el grupo II y 169 en el grupo III (total 519).

En junio de 1993, el número de alumnos participantes según grupos era de 163 en el grupo I; 127 en el grupo II y 167 en el grupo III (total 457).

En junio de 1995, el número de alumnos participantes según grupos era de 79 en el grupo I, 84 en el grupo II y 108 en el grupo III (total 271).

En junio de 1993, solamente 457 alumnos completaron el segundo cuestionario; 12% se identificó como perdido de vista. En junio de 1995, 271 alumnos llenaron el tercer cuestionario (52% de la muestra inicial). La tasa de perdidos de vista, a los tres años, fue más elevada para GI (56%), 50% para GII e inferior para GIII (36%). El cuadro I muestra el número de cuestionarios por grupo en cada instancia.

Octubre 1992. Primera etapa

Características y modo de vida de los niños a partir del cuestionario Q1

La media de edad es de 10 años (en un rango entre 7 y 13 años), la distribución según sexo mostró 49% de hombres y 51% de mujeres. El 83% de los sujetos interrogados practicaban al menos una actividad deportiva

fuera de la escuela, y 49% habían ya ingerido bebidas alcohólicas. A la pregunta si tomaban algún medicamento para dormir, 2.6% respondieron afirmativamente. No se encontraron diferencias entre los grupos.

Medios de información

En promedio, 67% de los niños miraban la televisión (TV) al menos 1 hora/día, y alrededor de 30%, más de 2 horas/día. La mayor parte de los alumnos (65%) leía regularmente revistas.

Tabaquismo

En el primer cuestionario 1.7% de los alumnos declararon fumar regularmente. El 28% de las madres de los alumnos fuman, mientras que 47.3% declararon tener un padre fumador. Un 13% tiene al menos un hermano(a) fumador(a). En 61% de los alumnos existe al menos un familiar fumador (cuadro I). El 23% de los alumnos declararon tener compañeros o amigos fumadores; sin embargo, este porcentaje varía entre los alumnos fumadores y no fumadores, de 41% a 20%, respectivamente.

En 49% de los casos un miembro de la familia ingiere cada día algún tipo de bebida alcohólica.

Relaciones entre el tabaquismo y diversas variables

La variable "fumo/no fumo" fue comparada con sexo, grupo, consumo de alcohol, modo de vida del niño, contexto familiar tabáquico, amigos fumadores, y nivel de información sobre el tabaco y sus daños en la muestra total de alumnos.

En los niños fumadores y aquellos que han ensayado fumar se observó una diferencia significativa con relación al sexo, 67% de varones *vs* 45% de mujeres ($p < 0.001$). Los niños que declararon fumar también fre-

Cuadro I
DISTRIBUCIÓN DEL PORCENTAJE DE NIÑOS
Y PADRES FUMADORES AL COMIENZO DEL ESTUDIO.
HERAULT, MONTPELLIER, FRANCIA, 1992-1995

	Grupo I n=181	Grupo II n=169	Grupo III n=169	Total n=519	p
Fumadores (No. / %)	5 / 2.7	3 / 1.8	1 / 0.6	9 / 1.7	0.2983
Madre fuma (%)	29.0	25.5	30.5	28.0	0.6108
Padre fuma (%)	49.0	46.0	43.0	47.3	0.5325

Nota: 7-13 años de edad

cuentemente habían ingerido bebidas alcohólicas: 69% vs 49% ($p<0.01$). Un mayor número de ellos tienen también compañeros que fuman: 41% vs 20% ($p<0.001$). De modo significativo ($p<0.001$), 69% de los niños fumadores tuvieron una opinión incierta acerca de su futuro como fumadores, mientras que 61% de los niños no fumadores declararon que ellos no fumarán. La relación con el medio familiar tabáquico no mostró diferencias significativas con el hecho de fumar, tampoco con el consumo habitual de bebidas alcohólicas por los padres, la ingestión de medicamentos para dormir o la práctica de deporte fuera de la escuela. El modelo de regresión logística paso a paso, a partir de las variables explicativas siguientes: TV, sexo, alcohol, presencia de al menos un fumador en la familia y existencia de compañeros que fuman, seleccionó jerárquicamente los siguientes factores: sexo masculino (OR, 2.2; IC 95% 1.2-4.0); compañeros fumadores (OR, 1.6; IC 95% 1.1-2.4), y consumo de bebidas alcohólicas (OR, 2.1; IC 95% 1.1-1.38).

Junio 1993. Segunda etapa

Diez niños de 457 (2.2%) declararon fumar regularmente en promedio un cigarrillo/día, 11.6% declararon haber ensayado una o dos veces. El 67% de éstos fueron varones. Cuando se les interrogó acerca de cuál sería su comportamiento en el futuro con relación al cigarrillo cuando fueran mayores, solamente 1.8% declararon que fumarían, 56% dijeron que no fumarían, y 42% declararon no saber. El cuadro II muestra la distribución de la conducta tabáquica en los tres grupos.

Como en el primer cuestionario, no se detectaron diferencias significativas entre los grupos en relación con la conducta sobre el tabaco.

El 34% de los alumnos declararon haber recibido información sobre el tabaco en la escuela; en este caso sólo el grupo I difiere significativamente del resto, con 49% de respuestas positivas para 28% y 23% en los grupos II y III, respectivamente ($p<0.05$). Fuera de la escuela, 25% de los niños habían recibido información sobre el tabaco: 27% del grupo I, 20% del grupo II y 28% del grupo III.

Junio 1995. Tercera etapa

El cuestionario Q3 fue completado con 52% de la muestra inicial de alumnos (cuadro III). El 7% de los alumnos declararon fumar regularmente en promedio 4.6 cigarrillos por día (de 1 a 20 cigarrillos por día), y 26% declararon haber ensayado una o dos veces. De ellos, 45% fueron varones y 55% mujeres. En lo que respecta al comportamiento que seguirían en el fu-

Cuadro II
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL
DE LA CONDUCTA TABÁQUICA Y DE SUS INTENCIONES
PARA EL FUTURO AL AÑO DEL ESTUDIO.
HERAULT, MONTEPELLIER, FRANCIA, 1992-1995

	Grupo I n=163	Grupo II n=127	Grupo III n=167	Total n=457	p
Fumadores regulares (No./ %)	5 / 3.1	3 / 2.4	2 / 1.2	10 / 2.2	0.55
Fumarán (%)	3.1	0.0	1.8	1.8	
No fumarán (%)	54.6	51.2	59.9	56.0	0.15
No saben (%)	42.3	48.8	38.3	42.0	

Cuadro III
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL
DE LA CONDUCTA TABÁQUICA Y DE SUS INTENCIONES
PARA EL FUTURO AL TERCER AÑO DEL ESTUDIO.
HERAULT, MONTEPELLIER, FRANCIA, 1992-1995

	Grupo I n=81	Grupo II n=84	Grupo III n=108	Total n=279	p
Fumadores regulares (No./ %)	9 / 11.1	5 / 5.9	5 / 4.7	19 / 7.0	0.18
Fumarán (%)	7.5	1.19	2.8	3.7	
No fumarán (%)	50.0	60.7	53.7	54.8	0.19
No saben (%)	42.5	38.1	43.5	41.5	

turo con relación al cigarro, 3.7 declararon que fumarían, 55% que no fumarían y 41% no saben. En ningún caso se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Alrededor de 30% de los niños declararon tener compañeros que fuman regularmente. Este porcentaje varía significativamente entre los niños que declararon no haber fumado nunca, y el resto, desde 47% en los primeros a 85% en los últimos ($p<0.001$).

Un 30% de los niños declararon haber recibido alguna información sobre el tabaco. Solamente 9.3% declaró haber recibido esta información en la escuela: 9% del grupo I, 7% del grupo II y 24% del grupo III; mientras que 20.6% declaró haberla recibido fuera de la escuela, para 19%, 18% y 24% en los grupos I, II y III, respectivamente.

En el modelo logístico se introdujeron las variables siguientes: consumo de alcohol, presencia de al menos un fumador en la familia, existencia de compañeros que fuman, su intención en el futuro y el grupo (I/III). Las variables seleccionadas jerárquicamente se

muestran en el cuadro IV. Se constata que es 6.9 ($p < 0.05$) veces más probable la iniciación al hábito si se tienen compañeros fumadores. Así como la relación entre el tabaquismo y el alcoholismo. El grupo I, en esta época, fuma significativamente más que el resto.

Tendencias entre 1992 y 1995

Se estudió la evolución a lo largo del tiempo de los diferentes parámetros comunes a los tres cuestionarios (Q1, Q2 y Q3) entre los grupos: el consumo de tabaco por el niño, su opinión sobre el consumo en el futuro, el entorno tabáquico, el consumo de bebidas alcohólicas, el consumo de medicamentos para dormir, la práctica del deporte, y la información sobre el tabaco dentro y fuera del marco escolar.

La tendencia general –independientemente de los grupos– muestra que un año después de la intervención el número de compañeros que fuman aumenta; la opinión de los niños sobre el futuro relativo al consumo tabáquico, a pesar de un ligero incremento, se modifica poco. Del mismo modo ocurre con el consumo de bebidas alcohólicas. La práctica de deporte tiende a disminuir, así como la ingestión de medicamentos para dormir. Tres años después se incrementa el número de niños que fuman regular u ocasionalmente. El grupo III se individualiza de los otros dos grupos, presentando,

de forma significativa ($p < 0.000$), un mayor incremento del número de fumadores regulares y ocasionales.

Se observa en los grupos I y II un olvido de la información sobre el tabaco, por la escuela, en el segundo año para el grupo II, y en el tercer año por el grupo I.

Discusión

Un conjunto de dificultades resultaron ostensibles para el presente estudio, fundamentalmente en lo que concierne a la validez interna de los resultados. En primer término, se resalta la falta de comparabilidad de los grupos estudiados. Ello se subraya por la manera en la que los grupos fueron inicialmente constituidos: un primer grupo cuyos maestros desearon participar voluntariamente en el estudio –desarrollar una acción educativa durante un año escolar, después de un entrenamiento previo–; *versus* dos grupos cuyos institutores no aceptaron participar en el entrenamiento, pero uno de los cuales aceptó el desarrollo de una acción puntual. La intervención no sólo tiene en cuenta la acción, sino también la implicación de los maestros.

En segundo término, y aunque la diferencia no sea significativa, llama la atención que el grupo I tenía, al comienzo del estudio, un comportamiento tabáquico diferente de los otros grupos; lo cual podría haber motivado a los educadores a desarrollar una experiencia educativa sobre este grupo. Es también en éste donde se presentó el mayor número de perdidos de vista y la mayor tasa de fumadores al cabo de los tres años del estudio aun cuando esta diferencia no sea estadísticamente significativa. Cabe pensar que determinadas características internas del grupo, como por ejemplo la disciplina escolar o el entorno familiar y social, pudieron haber contribuido a estos comportamientos.

Es importante subrayar la importancia del entorno familiar del niño y, particularmente, del entorno escolar o el grupo de “iguales”, en lo que concierne a la conducta tabáquica. En otros términos, la presencia de un fumador en la familia –padre, madre, hermano–, así como la pertenencia a un grupo de fumadores del entorno extra familiar –por ejemplo, escolar–, tiene una repercusión importante sobre la conducta tabáquica. Esta es aún más importante en el segundo caso. La relación significativa entre el tabaquismo del niño y su entorno ha sido también observada por otros autores.^{9,17-20} Se describe, incluso, una relación similar con la intención de fumar en el futuro.²¹

También se constata, al final, un incremento mayor de la tasa de fumadores en el grupo III. Ello pudiera deberse a que la información suministrada a los

Cuadro IV
RESULTADOS DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA, Q3.
HERAULT, MONTPELLIER, FRANCIA, 1992-1995

Variable	OR	IC (95%)
Compañeros fumadores	6.9	3.2-15.0
Consumo de bebidas alcohólicas	3.6	1.8-7.1
Medio familiar tabáquico	1.9	1.0-3.6
Grupo I/III	1.8	1.0-3.5

Cuadro V
NÚMERO Y PORCENTAJE DE FUMADORES EN LOS
DIFERENTES GRUPOS, SEGÚN AÑO DE ESTUDIO. HERAULT,
MONTPELLIER, FRANCIA, 1992-1995

Año	Grupo I No./Total (%)	Grupo II No./Total (%)	Grupo III No./Total (%)	p (comparando los grupos)	Total No./Total (%)
1992	5/181 (2.7%)	3/169 (1.8%)	1/169 (0.6%)	0.2983	9/519 (1.7%)
1993	5/163 (3.1%)	3/127 (2.4%)	2/167 (1.2%)	0.5518	10/457 (2.2%)
1995	9/81 (11.1%)	5/84 (5.9%)	5/108 (4.7%)	0.1820	19/279 (7.0%)

alumnos del grupo I ha retardado, al menos, el momento de la iniciación con el primer cigarrillo. En el estudio efectuado por Garrigue,⁹ sobre una población análoga, los autores también concluyen que una manera de evitar la iniciación al tabaquismo es incrementando el conocimiento sobre sus repercusiones nefastas inmediatas y a largo plazo. En el estudio conducido por el grupo Harvard-Stanford¹⁵ se comparan 340 escolares que reciben un programa educativo longitudinal especial –que enseña a luchar contra la presión social que favorece el tabaquismo–, con 186 alumnos de una escuela diferente, donde se desarrolla un programa habitual de educación sanitaria. Dos años después los resultados de la evaluación muestran que el tabaquismo es dos veces menos importante entre los alumnos educados y sensibilizados por el programa especial.

Los resultados finales muestran que inversamente a lo encontrado al comienzo del estudio, el incremento de la tasa de fumadores es más importante en las niñas que en los niños. Aunque probablemente esto muestre que las niñas comienzan a fumar un poco más tarde. Sasco¹⁷ cita que actualmente se observa una tendencia en la población adulta que refleja que el tabaquismo parece comenzar a declinar en los hombres. Sin embargo, esta tendencia no ha sido observada en el sexo femenino.

La asociación del comportamiento de consumo de tabaco y de alcohol ha sido descrita en varios estudios.^{9,16}

Se debe señalar que respecto al tabaquismo y al consumo de alcohol, se trata de una encuesta declarativa, lo que no garantiza en absoluto la validez de la información suministrada sobre la experiencia tabáquica y, sobre todo, alcohólica. Ello hace pensar, con alto grado de certeza, que se subestima el número de fumadores regulares y de bebedores de alcohol.

Los resultados del presente estudio muestran que al cabo de un año del estudio, los alumnos del grupo I –quienes recibieron el programa educativo– difieren del grupo II –los cuales recibieron una sensibilización puntual– y del grupo III (grupo testigo), en el hecho de que ellos se sienten más informados; pero esta diferencia desapareció al cabo de los tres años. Ello confirma que si los mensajes de prevención no son repetidos y reforzados en el tiempo, la información es olvidada por el receptor. Este hecho resulta similar en uno u otro sexo. Considerando que esta es una edad muy receptiva, sería aconsejable reforzar el mensaje durante el periodo de la preadolescencia (entre los 10 y 13 años), antes que sobrevengan los conflictos y los antagonismos de la adolescencia. Garrigue⁹ preconiza que la información, en materia de prevención, sea

repetida y multivariada y se integre dentro de un vasto conjunto de medidas en el ámbito escolar.

Finalmente, aun cuando la comparabilidad de los grupos no permite establecer una relación causal entre las acciones y los resultados, un cierto número de éstos ayudan a comprender los factores de riesgo del tabaquismo en edad escolar, y revelan las pistas y las dificultades que entraña una experiencia de este género.

Referencias

1. Haut Comité de Santé Publique. La santé en France 1994-1998. Paris: La Documentation Française, 1998:51-84.
2. Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. En: Bolliger CT, Fagerström KO, ed. The tobacco epidemic. Prog Respir Res. Basel: Karger, 1997;28:64-77.
3. Baudier F, Velter A. Tabac. En: Arènes J, Janvrin MP, Baudier F, ed. Baromètre santé jeunes 97/98. Vanves: Comité Français d'Education pour la Santé, 1999:158-180.
4. Baudier F, Velter A, Arwinson P, Gautier A, Arènes J, Janvrin MP. La consommation de tabac et les jeunes français: Premiers résultats du baromètre santé jeunes 1997. Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire, 1998:52.
5. Oddoux K, Peretti-Watel P, Orlandini C. Tabac. Consommation et perception. En: Comité Français ed. Premiers résultats 2000. Vanves: Comité Français d'Education pour la Santé, 2000:1-4.
6. Williams T. A spiral curriculum in tobacco education for schools as part of a strategy against tobacco addiction for young people: Working document. Brussels: Europe Against Cancer Program, 1991.
7. Pereira M. Curso de formação em educação para saúde. Lisboa: Direction Générale de l'Enseignement de Base et Secondaire, 1991.
8. Pereira M. Três modelos de formação para professores. SIDA/Tabagismo/Alimentação. Lisboa: Direction Générale de l'Enseignement de Base et Secondaire, 1993.
9. Garrigue JL, Cetre JC, Khalatbari E, Ritter P, Sepetjan M. Smoking among students of the CM2 (2d-year intermediate course): Evaluation of knowledge and behavior. Rev Epidemiol Sante Publique 1993;41:169-178.
10. Sancho-Garnier H. Evaluation of smoking prevention programs. Rev Prat 1993;43:1252-1255.
11. Sancho-Garnier H. Evaluation of means of prevention. Rev Prat 1983;33:1091-1092.
12. Direction des Journaux Officiels. Décret 77-1273 du 17 Novembre 1977 Décret portant application de la loi n° 76-616 du 9 Juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. Paris: Legifrance, 1977.
13. Direction des Journaux Officiels. Loi n° 91-32 du 10 Janvier 1991, Loi Evin, Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Paris: Legifrance, 1991.
14. Direction des Journaux Officiels. Décret 92- 478 du 29 mai fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à l'usage collectif et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel 1992:7263.
15. Mc Alister AL, Perry C, Killen J, Slinkard LA, Maccoby N. Pilot study of smoking, alcohol and drug abuse prevention. Am J Public Health 1980;70:719-721.
16. Serisé M, Freour P, Bernadou M, Roger JC. La consommation de cigarettes dans un groupe de jeunes scolaires de 12 à 14 ans en 1972. Rev Epidém Méd Soc Santé Publique 1973;21:723-740.

17. Sasco AJ, Grizeau D, Pobel D, Chatard O, Danzon M. Smoking and social class in France 1974-1991. *Bull Cancer* 1994;81:355-359.
18. Salines G. Consumption of tobacco, alcohol, psychotropic drugs and illegal drugs in high school students of the department in the Upper Pyrenees. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1991;39:149-155.
19. Sasco A. Evaluation des actions en milieu scolaire: Problématiques méthodologiques. En: Institut National de la Santé et Recherche Médicale, Comité Français d'Education pour la Santé, ed. *La lutte contre le tabagisme est-elle efficace? Evaluations et perspectives*. Paris: La Documentation Française, 1992:73-79.
20. Van Reek J, Andriaanse H. Daily smoking among adolescents in the European Community. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995;43:281-282.
21. Sapene M, Couturier C, Gughen O, Perrott MC, Zourbas J. Le tabac à l'école: A propos de trois enquêtes groupant 2 716 élèves. *Conc Med* 1982;104:757-767.