

Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares

A. Pérez-Milena^a, M.L. Martínez-Fernández^b, R. Pérez-Milena^c, I. Jiménez-Pulido^d, F.J. Leal-Helmling^e
e I. Mesa-Gallardo^f

Objetivo. Conocer la prevalencia y la dependencia del tabaquismo entre adolescentes, la relación con factores sociofamiliares y la motivación para abandonar el consumo.

Diseño. Estudio descriptivo transversal mediante encuesta.

Emplazamiento. Instituto de educación secundaria de Jaén.

Sujetos y mediciones. Se estudió a 232 alumnos; se recogen la edad, el sexo, el hábito tabáquico, la estructura familiar y el consumo de la familia y los amigos. Se entregan los tests de Apgar familiar, Fagerström y Richmond.

Resultados. Edad media 14,1 años; 57% varones y 43% mujeres. Un 22% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 17,1-26,9%) fuma, la mayoría son varones (IC del 95%, 65,2-86,7; $p < 0,001$, test de la χ^2) y con mayor edad que los no fumadores (diferencia de 1 año; IC del 95%, 0,7-1,5; $p < 0,001$ test de la t de Student), consumo medio de 9,2 cigarrillos/día (IC del 95%, 7,4-11,0) y duración de 32 meses (IC del 95%, 14,6-49,5).

Los amigos que fuman son más frecuentes entre adolescentes fumadores (IC del 95%, 80,9-99,0) que entre no fumadores (IC del 95%, 57,3-70,6; $p < 0,001$, test de la χ^2). Fumar diariamente incrementa el consumo en 6 cigarrillos/día (IC del 95%, 3,6-9,2; $p < 0,001$, test de la t de Student). Se fuma en un 71% (IC del 95%, 65,3-76,6) de las familias, sobre todo los padres (IC del 95%, 63,3-74,6), la mayoría de los cuales reprueba el tabaquismo de su hijo/a (IC del 95%, 74,2-95,8). La disfunción familiar es más frecuente en fumadores (un 30% disfunción leve [IC del 95%, 16,1-43,9] y un 17% con disfunción grave [IC del 95%, 5,4-28,6]; $p < 0,001$, test de la χ^2). Un 12% (IC del 95%, 2-22) da positivo en el test de Fagerström y se asocia con el consumo de cigarrillos/día ($r = 0,78$; $p < 0,05$, Pearson). Un 22% tiene un test de Richmond positivo (IC del 95%, 15,1-28,9): el 70% se encuentra en fase de contemplación (IC del 95%, 55,6-84,3), el 17% en fase de preparación (IC del 95%, 5,4-28,6) y el 13% en fase de acción (IC del 95%, 3-23).

Conclusiones. El consumo de tabaco entre adolescentes se relaciona con la función familiar y el tabaquismo de los amigos. La baja dependencia y el porcentaje de motivación para el cambio hacen de esta etapa vital un buen momento para incidir en el consejo antitabaco.

Palabras clave: Adolescente. Tabaco. Función familiar. Dependencia.

TOBACCO DEPENDENCY AND ADOLESCENTS: A GOOD TIME TO GIVE UP SMOKING? RELATION TO SOCIAL AND FAMILY FACTORS

Objectives. To find the prevalence and dependency of adolescents on tobacco, its relation with family and social factors and the motivation for giving up smoking.

Design. Cross-sectional, descriptive study using questionnaires.

Setting. Secondary school, Jaén, Spain.

Participants and measurements. A total of 232 students: the questionnaire included questions on age, sex, tobacco consumption, smoking habits of family and friends, and family structure. The following tests were given: the Apgar family (AFT), Fagerström (FT), and Richmond (RT) tests.

Results. Mean age 14.1 years old (95% CI, 13.9-14.3; range, 5 years); 57% boys. A 22% (17.1%-24.5%) were smokers, most of whom were boys (65.2%-86.7%; $P < .001$, χ^2) and were older than non-smokers (0.7-1.5; $P < .001$, Student's t). Mean consumption was 9.2 cigarettes a day (7.4-11.0) over 32 months (14.6-49.5). Friends who smoked were more frequent among adolescents who smoked (80.9%-99%) than among non-smokers (57.3%-70.6%; $P < .001$, χ^2). Smoking every day increased consumption by 6 cigarettes a day (3.6-9.2; $P < .001$, Student's t). In 71% (65.3%-76.6%) of families, there were smokers, principally the parents (63.3%-74.6%), who, in 85% (74.2%-95.8%) of cases, disapproved of their son/daughter smoking. Family dysfunction was more frequent in smokers (30% mild [16.1%-43.9%] and 17% severe [5.4%-28.6%]; $P < .001$, χ^2). The FT was positive for 12% (2%-22%) and was associated with the consumption of cigarettes per day ($r = 0.78$; $P < .05$, Pearson). The RT was positive for 22% (15.1%-28.9%): 70% in the contemplation stage (55.6%-84.3%); 17% in preparation (5.4%-28.6%); 13% in action (3%-23%).

Conclusions. The consumption of tobacco among adolescents is related to family function and having friends who smoke. The low dependency and the motivation to change make this stage of life a good moment to concentrate on anti-smoking counselling.

Key words: Adolescent. Tobacco. Family function. Dependency.

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria de Jimena. Jaén. España.

^bProfesora de Música. Instituto de Enseñanza Secundaria Jabalcuz. Jaén. España.

^cOrientación de Educación Secundaria. Instituto de Enseñanza Secundaria Villanueva del Mar. La Herradura. Granada. España.

^dMedicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén. España.

^eMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Jódar. Jaén. España.

^fMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Beas de Segura. Jaén. España

Correspondencia:
A. Pérez Milena.
Travesía de San Joaquín, 6, 3.º dcha. 23007 Jaén. España.
Correo electrónico:
alejandropm@supercable.es

Manuscrito recibido el 2 de marzo de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 5 de septiembre de 2005.

El contenido del trabajo fue presentado como comunicación oral al XIV Congreso de la samFyc celebrado en Jaén en mayo del 2003 y ha obtenido el premio a la mejor comunicación sobre actividades preventivas y de promoción de la salud, así como el accésit al mejor trabajo en la IX Convocatoria de Premios a trabajos científicos e inéditos 2004 «Dr. Cristóbal Méndez» otorgado por el Colegio Oficial de Médicos de Jaén.

Introducción

La adolescencia es una etapa de cambios físicos y psicossociales en la que se adoptan conductas de riesgo dentro de una difícil búsqueda de equilibrio entre la dependencia familiar y la autonomía personal, necesaria para el crecimiento individual y social. La familia influye en los escasos contactos del adolescente con el sistema sanitario¹ y también puede influir en algunas conductas de riesgo, como el consumo de sustancias tóxicas²⁻⁴. La atención sanitaria durante la adolescencia se debe reorientar hacia prácticas de prevención y promoción de la salud, aunque en el caso del tabaquismo es controvertido el valor de las actividades preventivas en adolescentes^{2,5}. Para realizar este trabajo se plantearon los siguientes objetivos:

1. Analizar la prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes y la dependencia que puede generar.
2. Relacionar el tabaquismo con factores familiares y sociales.
3. Valorar la motivación de los adolescentes para el cese del hábito tabáquico.

Pacientes y método

El estudio se realiza en un Instituto de Educación Secundaria (IES) de Jaén, situado en una zona urbana de clase socioeconómica y cultural media y media-baja. El tamaño muestral calculado es de 236 adolescentes ($i = 0,05$; $\alpha = 0,05$; prevalencia de adolescentes fumadores, 20%)⁶. Se plantea un estudio descriptivo transversal mediante encuesta y se escoge a los participantes por muestreo aleatorio sistemático. El cuestionario es autoadministrado y anónimo, y se administra en una misma jornada escolar y con adiestramiento previo de los profesores.

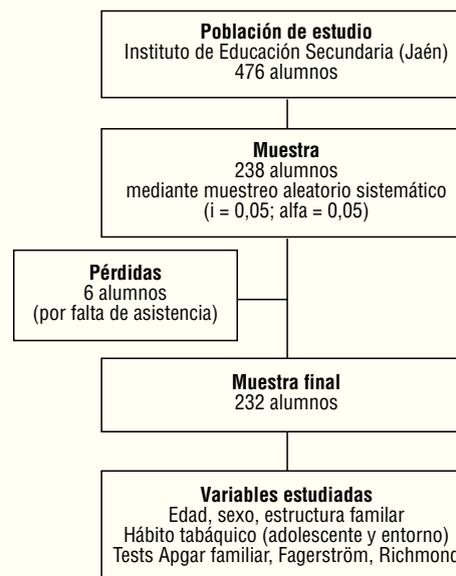
Las variables recogidas en el cuestionario son: edad, sexo, hábito tabáquico del adolescente (se recogen el consumo diario de cigarrillos, la duración del consumo y su calidad, valorada como: no consumo, consumo esporádico o consumo diario) y consumo de tabaco entre los amigos. El análisis del grado de dependencia hacia la nicotina se realiza mediante el test de Fagerström⁷. La motivación para el cambio se estudia con el test de Richmond, y cada fase del abandono del consumo se detalla mediante el ciclo propuesto por Prochaska et al⁸.

Se pregunta también por el consumo de tabaco entre los familiares y sobre la estructura familiar. La función familiar se valora mediante la aplicación del test de Apgar familiar⁹, que mide la impresión subjetiva del adolescente sobre la funcionalidad de su familia, así como su integración en ella.

Los datos fueron analizados mediante el programa informático RSigma, aplicándose el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos. Los datos se muestran como media y proporciones, con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%. Se consideran estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$, aplicándose el test de la t de Student y ANOVA de una vía para la comparación de medias, y el test de la χ^2 para la comparación de proporciones. La asociación entre variables se valora mediante el test de correlación de Pearson.

Material y métodos

Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, mediante encuesta autoadministrada.

Resultados

De un total de 476 alumnos se seleccionaron 238 adolescentes; hubo 6 pérdidas por falta de asistencia el día que se administró la encuesta, por lo que en total se recogieron 232 encuestas, todas válidas. La media de edad de los adolescentes es de 14,1 años, con un rango de 5 años (edades comprendidas entre los 12 y 17 años). En total, 136 alumnos son varones (58%) y 96 son mujeres (42%). Reconocen fumar 58 (IC del 95%, 17,1%-26,9%) y las tres cuartas partes de los fumadores son varones ($p < 0,001$, test de la χ^2) (tabla 1). Los no fumadores tienen como media un año de edad menos que los que fuman (tabla 1).

Los que fuman tienen otros amigos fumadores con más frecuencia que los que no fuman (tabla 1). Entre los adolescentes fumadores, los que tienen amigos que también fuman presentan, con diferencias casi significativas, un mayor consumo de tabaco durante un mayor período de tiempo (con amigos fumadores: 9,6 cigarrillos/día [IC del 95%, 7,6%-11,6%] durante 33,7 meses [IC del 95%, 14,8%-52,5%]; con amigos no fumadores: 3,3 cigarrillos/día [IC del 95%, 0,7%-5,8%] durante 12,3 meses [IC del 95%, 0,1%-25,2%]; $p = 0,080$, test de la t de Student). La estructura familiar es independiente del consumo de tabaco (tabla 1). En las tres cuartas partes de los hogares

TABLA 1 Comportamiento de las variables estudiadas según el contacto con el tabaco entre los adolescentes encuestados*

	No fumador	Fumador
Sexo	Varón (%) (44-59)	Varón (%) (65-86) ^a
	Mujer (%) (40-55)	Mujer (%) (13-34) ^a
Edad (años) (%)	13,9 (13,7-14,1) ^b	14,9 (14,5-15,3) ^b
Tabaquismo en familiares (%)	70 (65-75)	72 (60-83)
Tabaquismo en amigos (%)	64 (57-70) ^a	90 (81-99) ^a
Estructura familiar		
Nuclear (%)	85 (79-90)	81 (71-91)
Monoparental (%)	8 (4-12)	10 (2-18)
Ampliada (%)	6 (0,1-12)	7(0,5-13)
Binuclear (%)	1 (0-4)	1 (0-4)
Función familiar ^a		
Normal (%)	74 (68-80)	52 (39-65)
Disfunción leve (%)	19 (13-25)	31 (19-43)
Disfunción grave (%)	7 (3-11)	17 (7-27)
Test de Apgar familiar (%)	7,8 (7,6-8,0)	6,5 (5,7-7,3)

*Los datos se muestran como medias o proporciones (intervalo de confianza del 95%).

^ap < 0,001; test de la χ^2 .

^bp < 0,001; test de la t de Student.

familiares hay otro familiar que fuma: en el 40% de los casos se trata del padre (IC del 95%, 33,7%-46,3%), en el 19% de la madre (IC del 95%, 13,9%-24,1%), en el 9% de un hermano (IC del 95%, 5,5%-12,5%) y en el 2% de otro familiar (primos, abuelos, tíos) (IC del 95%, 0,2%-3,7%). Estos porcentajes se mantienen independientemente del hábito tabáquico. La mayoría de los fumadores (IC del 95%, 74,2%-95,8%) reconoce que sus padres no quieren que fumen y presentan una peor puntuación media en el test Apgar familiar frente a los que no fuman (tabla 1), con porcentajes más elevados de disfunción familiar leve y grave (p < 0,001, test de la χ^2) (tabla 1; fig. 1).

No hay diferencias según el sexo entre los fumadores para el tipo y la cantidad de consumo, ni tampoco para los resultados de los tests administrados (tabla 2). La media del consumo diario de tabaco es de 9,2 cigarrillos (IC del 95%, 7,4%-11,0%). El tiempo medio de consumo de tabaco es de 32,1 meses (IC del 95%, 14,7%-49,5%). La forma de consumo es mayoritariamente diaria (IC del 95%, 89,3%-100%) frente a unos pocos que fuman de forma esporádica (IC del 95%, 0%-14,5%). Los adolescentes que fuman diariamente fuman más cigarrillos al día (10,6 cigarrillos/día; IC del 95%, 8,4%-12,8%) que los fumadores esporádicos (4,2 cigarrillos/día; IC del 95%, 2,4%-5,9%; p < 0,0001, test de la t de Student). Sólo 7 presentaron un test de Fagerström positivo (IC del 95%, 3,7%-20,2%) y todos ellos eran consumidores diarios de tabaco. Hay una asociación positiva entre el número de cigarrillos/día y el valor semicuantitativo obtenido en el test de Fagerström (r = 0,75; p < 0,05, correlación de Pearson), de forma que un mayor consumo de cigarrillos implica un mayor número de respuestas positivas en el test.

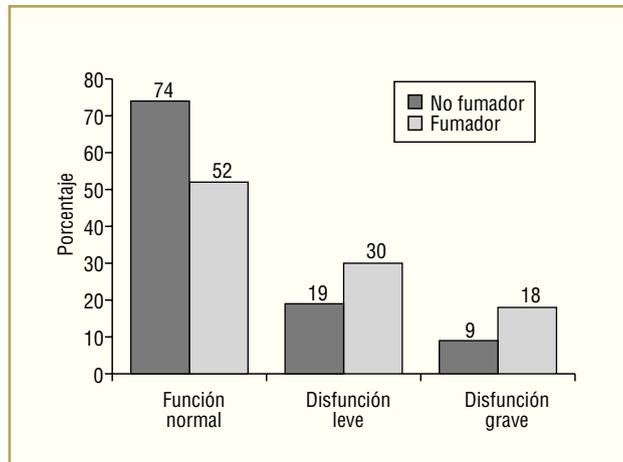


FIGURA 1 Resultados del test Apgar familiar en adolescentes según el consumo del tabaco (p < 0,001, test de la χ^2).

Trece adolescentes (IC del 95%, 11,2%-32,8%) presentaron un test de Richmond positivo (tabla 2). Los adolescentes motivados para el cambio (22%) consumen entre 7 y 8 cigarrillos menos al día (IC del 95%, 4,6%-10,5%) que los que no piensan dejar de fumar (78%) (IC del 95%, 8,6%-14,1%), con una diferencia estadística casi significativa (p = 0,09, test de la t de Student). Entre los motivados para dejar de fumar, la mayoría (70%) (IC del 95%, 61,9%-78,4%) ha pensado dejar de fumar, pero no de forma inmediata (en fase de contemplación); la tercera parte restante de adolescentes motivados se divide casi por igual en la fase de preparación (17%) y en la fase de acción (13%).

TABLA 2 Comportamiento de las variables estudiadas según el sexo entre adolescentes que han tenido contacto con el tabaco*

	Varón	Mujer
Edad media	14,8 años	15,1 años
Consumo de cigarrillos/día	9,3 (6,5-12,0)	8,7 (5,5-11,8)
Forma de consumo		
Esporádico (%)	2 (0-6)	15 (0-31)
Diario (%)	98 (94-100)	85 (69-100)
Tiempo medio de consumo (meses)	32,7 (15,6-49,7)	29,9 (12,1-47,7)
Test de Fagerström positivo (%)	11 (2-20)	15 (0-35)
Test de Richmond positivo (%)	22 (10-34)	23 (0,1-49)

*Los datos se muestran como medias o proporciones (intervalo de confianza del 95%).

Discusión

El adolescente que fuma consume poco tabaco al día (sobre medio paquete diario), pero con un inicio del consumo a una edad muy temprana (entre los 11 y 12 años) lo que hace que la duración media del consumo sea superior a 2 años. Tanto la prevalencia de adolescentes fumadores (22%) como la sospecha de dependencia de la nicotina (12%) en nuestro estudio son similares a los porcentajes hallados en otros estudios^{4,6,10-14}, sin guardar relación con la edad y el sexo. La mayoría de los trabajos sobre tabaquismo y adolescentes revisados se basan en entrevistas o encuestas, por lo que pueden presentar un sesgo de información. Sin embargo, creemos que en nuestro trabajo no es significativo, dado que se han homogeneizado las respuestas de los adolescentes al ser un solo profesor el que administra las encuestas y al emplear tests previamente validados^{7,9}. La confidencialidad y el anonimato de las encuestas nos ayudó a recoger datos fiables.

Los factores familiares influyen en el consumo de tabaco del adolescente^{2-4,13}: nuestros resultados muestran que la percepción de la función familiar en el adolescente que fuma es peor, con una mayor presencia de casos con disfunción familiar, tanto leve como grave, frente a los no fumadores, aunque sin relación con el tipo de estructura familiar. La adolescencia es una etapa que supone gran número de cambios en el ciclo vital familiar¹⁵. El consumo de tabaco en el adolescente se presenta como una imitación precoz de los ritos asociados con la vida adulta¹⁶, pero también podría indicarnos una inadaptación más prolongada o más intensa a los cambios del ciclo vital, tanto del adolescente como de su familia.

Un dato muy importante es que más de la mitad de los padres son fumadores¹⁷, lo que constituye una mala referencia para la salud de sus hijos. Pese a que la mayoría de los adolescentes reconoce que sus padres no quieren que fumen, es muy posible que no se acompañe de una motivación eficaz (como el cese del consumo por parte de los mismos padres). En otro trabajo¹⁸ se ha comprobado que podría haber un mayor porcentaje de dependencia entre adolescentes de padres fumadores y, aunque la dependencia del tabaco en el adolescente es escasa, no se debe olvidar que el ciclo de dependencia del tabaco comienza con la iniciación al tabaquismo en la adolescencia^{5,16}.

El grupo de iguales, los amigos, son un referente social para la búsqueda de la autonomía¹⁵. El alcohol y el tabaco suponen un tipo de relación cultural y socialmente aceptada e incluso necesaria para formar parte del grupo^{13,15}. En el estudio se constata que el adolescente que tiene amigos fumadores presenta un mayor riesgo de fumar, más cantidad de tabaco al día y durante más tiempo. El entorno social, por tanto, induce o favorece el consumo de sustancias tóxicas^{3,11,13}.

La efectividad del consejo antitabaco en adolescentes es aún mal conocida, dado que los estudios disponibles ofre-

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- El consumo de tabaco en adolescentes es importante y se inicia a edades tempranas.
- El entorno familiar y social puede influir en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la adolescencia.
- La eficacia del consejo antitabaco en adolescentes es controvertida.

Qué aporta este estudio

- El tabaquismo entre adolescentes se relaciona con una peor función familiar.
- Los adolescentes con amigos fumadores tienen una mayor prevalencia de consumo de tabaco.
- Sólo un 12% de los adolescentes tendría dependencia del tabaco, mientras que hasta un 22% estaría motivado para dejar de fumar.

cen problemas de tipo metodológico y tamaños de muestra pequeños^{5,19}. Además, la intervención antitabaco en adolescentes es poco frecuente en atención primaria⁶. Sin embargo, hay que recordar que la prevención del tabaquismo tiene un nivel de evidencia A²⁰ y los adolescentes, como fumadores poco dependientes físicamente, se verían muy beneficiados con una intervención breve y oportunista, tanto en la consulta como en el ámbito escolar. Si los beneficios obtenidos en la población general rondan un 5% de resultados positivos con un consejo mínimo²⁰, en nuestro estudio hasta un 22% de los adolescentes se reconoce motivado para dejar de fumar. Según diversos estudios, más de la mitad de los adolescentes fumadores ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión y hasta en un tercio de los casos lo ha realizado con éxito^{17,21}, la mayoría de ellos fumadores ocasionales en los que aún no hay adicción²².

Según nuestros resultados, uno de cada 4 adolescentes fumadores estaría motivado para el cambio, y esta motivación sería mayor en los adolescentes con un consumo esporádico y/o con bajo número de cigarrillos al día (10 o menos)²³. Por ello, planteamos como una estrategia válida el consejo antitabaco en adolescentes dirigido a disminuir el consumo, como paso intermedio al cese completo del consumo¹⁸.

Dado que el 90% de los fumadores lo son antes de cumplir 20 años²⁰, creemos que la intervención antitabaco en adolescentes es siempre obligada^{11,16}. Además, la relación establecida entre el tabaco y el consumo de alcohol y otras

drogas^{24,25}, una peor dinámica familiar⁴, la falta de apoyo social y el fracaso escolar³ deben hacernos ver el tabaquismo como un problema biopsicosocial cuyo abordaje requiere un acercamiento multidisciplinario que nos permita profundizar en la compleja personalidad del adolescente^{1,2,4,25}.

Agradecimientos

A Sofie Demets, por su colaboración en la redacción del texto.

Bibliografía

- Pérez Milena A, Jiménez I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. ¿Acude el adolescente al médico? Estudio sobre frecuentación y factores asociados [resumen]. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl 1:118.
- Vickers KS, Thomas JL, Patten CA, Mrazek DA. Prevention of tobacco use in adolescents: review of current finding and implications for healthcare providers. *Curr Opin Pediatr*. 2002;708-12.
- Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad [accedido 13 Jul 2005]. Disponible en: <http://www.msc.es/pnd/index.htm>
- Pérez Milena A, Jiménez I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. Contacto y consumo de tóxicos entre adolescentes: relación con función familiar y malestar psíquico [resumen]. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl 1:154.
- Prokhorov AV, Hudmon KS, Stancic N. Adolescent smoking: epidemiology and approaches for achieving cessation. *Paediatr Drugs*. 2003;5:1-10.
- Blasco M, Pérez A, Sanz T, Clemente ML, Cañas R, Herrero I. Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario. *Aten Primaria*. 2002;30:220-8.
- Heatherton TF, Kozlowski ST, Freker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for nicotine dependence. A revision of the Fagerström tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86:1119-27.
- Proschaka J, DiClementi CC. Stages and processes of self-change of smoking toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:390-5.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Aten Primaria*. 1996;18:289-96.
- Alcalá M, Azañas S, Moreno C, Gálvez L. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Med Familia (And)*. 2002;3:81-7.
- Riedel BW, Robinson LA, Kiesges RC, McLain-Alien B. Characteristics of adolescents caught with cigarettes at school: implications for developing smoking cessation programs. *Nicotine Tob Res*. 2002;4:351-4.
- Young SE, Corley RP, Satallings MC, Rhee SH, Crowley TJ, Hewitt JK. Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug Alcohol Depend*. 2002;68:309-22.
- Marrón R, Pérez A, Clemente ML, Herrero I. Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prev Tab*. 2003;5:219-34.
- Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Picossi S, Del Moral PJ, Milena JA. Consumo de sustancias tóxicas durante la adolescencia. Diferencias entre el medio rural y el urbano [resumen]. *Aten Primaria*. 2004;34 Supl 1:177.
- Marcos B. La adolescencia en el contexto familiar. En: De la Revilla L, editor. *Manual de atención familiar: bases para la práctica familiar en consulta*. Tomo II. Granada: Ed. Adhara; 1996. p. 659-94.
- Bras J. Prevención en la infancia y adolescencia. En: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editores. *Manual de prevención en atención primaria*. Barcelona: Ed. EdiDe; 2003. p. 355-62.
- García V, Ramos M, Hernán M, Gea T. Consumo de tabaco y hábitos de salud en los adolescentes de institutos de Enseñanza Secundaria pública de Granada. *Prev Tab*. 2001;3:215-23.
- Moolchan ET, Aung AT, Henningfield JE. Treatment of adolescent tobacco smokers: issues and opportunities for exposure reduction approaches. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70:223-32.
- Mermelstein R, Colby SR, Patten C, Prokhorov A, Brown R, Myers M, et al. Methodological issues in measuring treatment outcome in adolescent smoking cessation studies. *Nicotine Tob Res*. 2002;4:395-403.
- Nebot M, Martín C, Cabezas C. Tabaquismo. En: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editores. *Manual de prevención en atención primaria*. Barcelona: Ed. EdiDe; 2003. p. 53-66.
- Henríquez P, Alonso JL, Beltrán R, Doreste J. Tabaquismo en Gran Canaria. Consumo y actitudes en adolescentes. *Gac Sanit*. 2000;14:338-45.
- Sargent JD, Mott LA, Stevens M. Predictors of smoking cessation in adolescents. *Arch Pediatr Adolescent Med*. 1998;152:388.
- Díez-Ganan L, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Gualiar P, Fernández L, Del Rey J. Demografía, estilos de vida relacionados con la salud e historia de consumo de tabaco entre fumadores ocasionales en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;281-91.
- Cleveland HH, Wiebe RP. The moderation of adolescent-to-peer similarity in tobacco and alcohol use by school levels of substance use. *Chil Dev*. 2003;74:279-91.
- Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Leal FJ, Jiménez I, Martínez JL. Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. *Med Familia (And)*. 2005;1:28-33