

Proyecto PND 2009/046

Informe Final
Diciembre 2012

**EVALUACIÓN DE LA
EFECTIVIDAD DE UNA
INTERVENCIÓN DE
TRATAMIENTO PRECOZ
PARA DEJAR DE FUMAR
TABACO Y CÁNNABIS
EN JÓVENES**

PASO DE FUMAR

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



Agència
de Salut Pública

Coordinación del informe: Francesca Sánchez Martínez

Autoría: Carles Ariza Cardenal, Francesca Sánchez Martínez, Olga Juárez Martínez, Pilar Ramos Vaquero

Financiación del proyecto de evaluación:



Índice

1- Datos generales del proyecto	
2- Equipo investigador	
3- Hipótesis	
4- Objetivos generales y específicos	
5- Metodología	
5.1 <i>Diseño del estudio</i>	
5.2 <i>Participantes en el estudio</i>	
5.3 <i>Instrumentación y fuentes de información</i>	
5.4 <i>Variables del estudio</i>	
5.5 <i>Programa de intervención</i>	
5.6 <i>Análisis estadístico</i>	
6- Resultados	
6.1. <i>Reclutamiento y selección</i>	
6.2. <i>Determinación de cánnabis en cabello</i>	
6.3 <i>Evaluación de proceso de la intervención</i>	
6.4. <i>Evaluación de la efectividad de la intervención</i>	
7- Conclusiones y limitaciones	
7.1 <i>Reclutamiento y selección</i>	
7.2. <i>Evaluación de proceso de la intervención</i>	
7.3. <i>Evaluación de la efectividad de la intervención</i>	
8- Recomendaciones de buenas prácticas	
8.1 <i>Reclutamiento y selección</i>	
8.2. <i>Terapia grupal y validación de la conducta</i>	
8.3. <i>Materiales y programa informático “Paso de fumar”</i>	
8.4 <i>Efectividad de la intervención preventiva</i>	

9- Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado.....

Anexo 2: Diploma del premio conseguido por el proyecto.....

1- Datos generales del proyecto

1. Entidad: **Agència de Salut Pública de Barcelona**
2. Centro: **Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención**
3. Dirección del centro donde se realizó el proyecto:
Pl. Lesseps,1 08023-Barcelona
4. Responsable del proyecto a efectos administrativos:
Conrad Casas
5. Teléfono: 932384545 FAX: 932173197
Correo electrónico: ccasas@aspb.cat

6. Nombre del proyecto: **Evaluación de la efectividad de una intervención de tratamiento precoz para dejar de fumar tabaco y cánnabis en jóvenes.**
7. Línea temática núm. 5: Investigaciones sobre estrategias terapéuticas, buscando nuevos métodos de tratamiento, incluyendo identificación de dianas terapéuticas y diseño de nuevos fármacos.
8. Cantidad concedida: Para el 1er. año 31.561,89 euros.
 Para el 2º año 14.938,89 euros.
 Para el 3er. año 7.958,89 euros.

9. Investigador principal: Carles Ariza Cardenal
 DNI: 46319208Z
10. Cargo de la entidad: Técnico Superior. Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención
11. Titulación: Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Salud Pública

2- Equipo investigador

- **Carles Ariza Cardenal (IP)**
Doctor en Medicina y Cirugía. Máster en Salud Pública.
Técnico Superior en Medicina.
Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- **Teresa Salvador Llivina**
Licenciada en Ciencias de la Educación (Psicología).
Consultora independiente del Estudio y Consultoría en Promoción de la Salud. Directora del Proyecto COPOLAD (PND).
- **Francesca Sánchez Martínez**
Licenciada en Farmacia. Máster en Salud Pública.
Técnica Investigadora del CIBER de Epidemiología y Salud Pública
- **Olga Juárez Martínez**
Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Comunitaria.
Técnica Superior en Psicología.
Servicio de Salud Comunitaria. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- **Pilar Ramos Vaquero**
Licenciada en Psicología. Máster en Terapia Cognitiva
Técnica Superior en Psicología.
Servicio de Salud Comunitaria. Agència de Salut Pública de Barcelona
- **Teresa Gutiérrez Rosado**
Licenciada en Filosofía (Sección Psicología). Doctora en Psicología.
Profesora Titular de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- **Jaime Serrano Jordan**
Doctor en Medicina y Cirugía.
Director Médico.
CAS Horta-Guinardó (Agència de Salut Pública de Barcelona).
- **Maria Eloisa Brotons Cabezas**
A.T.S y Diplomada en Enfermería
Técnico Medio.
Servicio de Salud Laboral. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- **Maria Carmen Velasco Vila**
Diplomada en Infermería
Enfermera de Salud Comunitaria. Agència de Salut Pública de Barcelona.

- **Assumpció Bes Pintó**
Diplomada en Enfermería
Enfermera de Salud Comunitaria. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- **Dolors Roca Carrillo**
Diplomada en Enfermería
Enfermera de Salud Comunitaria. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- **Carme Cortina Trías**
Diplomada en Enfermería
Enfermera de Salud Comunitaria. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- **Anna Guitart García**
Licenciada en Psicología y Diplomada en Enfermería.
Técnica Superior en Psicología.
Servicio de Prevención y Atención a las Dependencias. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- **Lara Treviño Hermosilla**
Licenciada en Psicología.
Técnica Superior en Psicología y Coordinadora.
CAS Garbivent (Agència de Salut Pública de Barcelona).
- **Sílvia Granados Victori**
Licenciada en Psicología.
Técnica Superior.
Agència Catalana del Consum. Generalitat de Catalunya.

3- Hipótesis

1. Las intervenciones de cesación tabáquica con jóvenes más efectivas son las que se basan en la terapia en grupo.
2. El uso complementario de la red (Internet) y el teléfono (quit lines, mensajes SMS) aumenta la efectividad de las intervenciones en jóvenes.
3. Con una intervención mixta que combine la terapia grupal con las estrategias informáticas y telefónicas es posible conseguir una tasa de cesación del 20%.
4. Con una intervención mixta que combine la terapia grupal con las estrategias informáticas y telefónicas es posible conseguir que la mitad de los que no dejen de fumar, pero se mantengan en el programa, reduzcan su consumo diario más allá de una unidad.
5. El fortalecimiento de la autoeficacia para rechazar el consumo incrementa las tasas de cesación y reducción del consumo de tabaco y cannabis.

4- Objetivos generales y específicos

A) Objetivo general

Demostrar que la cesación del consumo de tabaco y de cannabis es factible y efectiva en jóvenes entre 17 y 30 años.

B) Objetivos específicos

1. Obtener una asistencia y participación regular de los jóvenes de 17 a 22 años a los grupos de cesación [Hipótesis 1].
2. Conseguir una tasa de cesación con la intervención superior a la de la cesación espontánea (3-7%) [Hipótesis 2 y 3].
3. Identificar una reducción en el número de cigarrillos fumados en aquellos participantes que no consiguen la abstinencia [Hipótesis 2 y 4].
4. Aumentar el conocimiento de los efectos del tabaco y del cannabis sobre la propia salud, así como instaurar o incrementar la consciencia sobre la propia adicción [Hipótesis 1 y 2].
5. Promover actitudes contrarias a fumar y favorables hacia el mantenimiento de la propia salud y autoconcepto [Hipótesis 1].

6. Aumentar la motivación para dejar de fumar y hacer un intento para conseguirlo [Hipótesis 1 y 5].

5- Metodología

5.1. Diseño del estudio

Estudio evaluativo de una intervención con diseño cuasi-experimental pre-post con Grupo Control. Un grupo intervención expuesto a un programa de terapia de grupo y asistido también por un aplicativo informático será comparado con controles no-equivalentes, seleccionados en el mismo momento, pero que no llegan a incorporarse a la intervención.

5.2. Participantes en el estudio

5.2.1 Procedimiento del reclutamiento y selección

El reclutamiento y selección de fumadores interesados en dejar de fumar se ha realizado, según edad y estudios de los participantes en centros escolares y centros universitarios.

Reclutamiento y selección en Centros Escolares

A principios de los cursos escolares 2009-10, 2010-11 y 2011-12 se contactó con



Fig. 1 Procedimiento de reclutamiento y selección en los centros escolares

escuelas de Secundaria Post-Obligatoria (Bachillerato o Ciclos Formativos de Grado Medio) en algunos de los distritos de la ciudad, en concreto Ciutat Vella (distrito 1), Eixample (distrito 2), Sants-Montjuïc (distrito 3), Sarrià-Sant Gervasi (distrito 5), Horta-Guinardó (distrito 7) y Sant Martí (distrito 10).

En las escuelas, se visitaba al grupo de tutores de cada una para explicarles la **actividad de sensibilización** (ver fig. 2) propuesta para ser implementada en cada aula por el tutor correspondiente, para captar a los posibles fumadores interesados. Así pues, esta actividad era el vehículo para ofrecer la cesación a los fumadores, a través de la última página del documento de la actividad, que los escolares interesados podían desprender y entregar al tutor. La escuela hacía

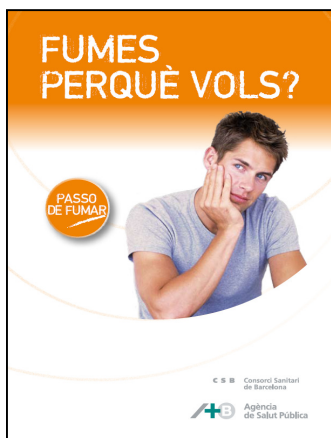


Fig. 2 Actividad de sensibilización administrativa en el reclutamiento escolar.

llegar este documento al equipo investigador. En el segundo y tercer año del proyecto, posteriormente se convocaba, mediante pósteres indicadores (ver fig. 3) a una sesión de cooximetría que se realizaba en la misma escuela por enfermeras de la Agència de Salut Pública de Barcelona. A partir de los que lo solicitaban después de la actividad, como a los interesados en la sesión de cooximetría, se convocaba la sesión de selección.

La **sesión de selección** constaba de dos partes. Por un lado, una sesión informativa sobre cómo dejar de fumar y la intervención propuesta para ello. Por otro lado, se someterá a los fumadores interesados en la cesación al

examen de su perfil fumador mediante un cuestionario auto contestado y estructurado con diferentes subescalas que permiten medir

todas las variables relacionadas con la conducta fumadora y las perspectivas ante dejar de fumar. Asimismo se realizará una exploración física con la recogida de peso, talla frecuencia cardiaca y cooximetría. En el caso de haber consumo previo de cannabis, se recogerá también una muestra de cabello para la determinación de la concentración de cànnabis. A partir de estos datos, se seleccionará a los fumadores más preparados para dejar de fumar.

Criterios de inclusión de los participantes:

1. Solicitar voluntariamente entrar en el programa
2. Tener entre 17 y 30 años

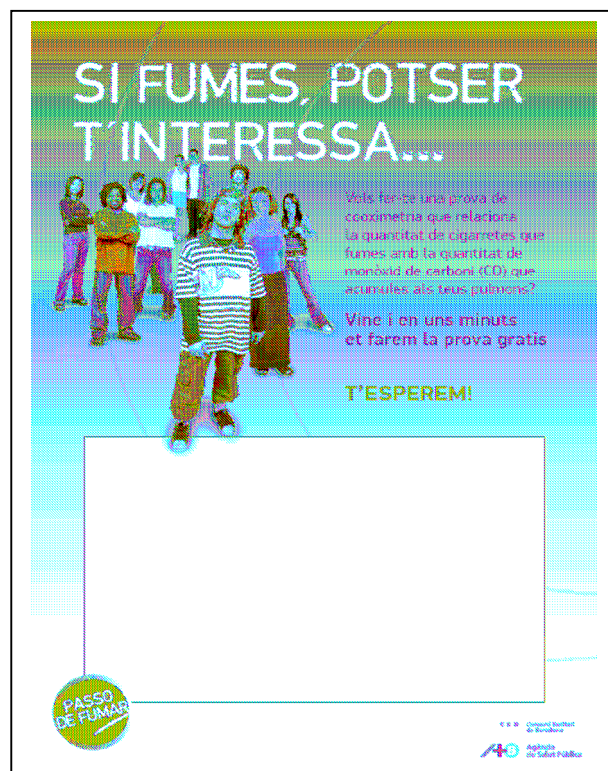


Fig. 3 Póster utilizado para convocar a la sesión de cooximetrías.

3. Ser fumador regular (fumar más de un cigarrillo, como mínimo semanalmente).
4. Disponer de acceso a Internet y hábito en el uso del correo electrónico.
5. Aceptar dedicar tiempo no lectivo para los fines de la cesación.
6. Puntuar 1 ó 2 en "Sentir la necesidad de dejar de fumar".
7. Puntuar > 3 en el Test de Fagerstrom de dependencia del tabaco.
8. Puntuar ≥ 3 criterios en el Test ICD-10 de dependencia del tabaco.
9. Puntuar ≥ 7 en el Test de Richmond o de motivación para dejar de fumar.
10. Puntuar ≥ 12 en el Test de Henri-Mondor o de cálculo de las probabilidades de éxito.

Criterios de exclusión de los participantes:

1. No aceptar el abandono de ambas drogas, en caso de también ser fumador de cánnabis.
 2. Ser consumidor problemático de cánnabis (dar positivo en la escala de riesgo).
 3. No comprometerse a la asistencia a las sesiones del taller.
- A los consumidores de cánnabis que eran descartados de la selección por su consumo problemático se les ofrecía seguir un tratamiento individualizado en el Centro de Atención y Seguimiento Horta-Guinardó.

Reclutamiento en Centros Universitarios

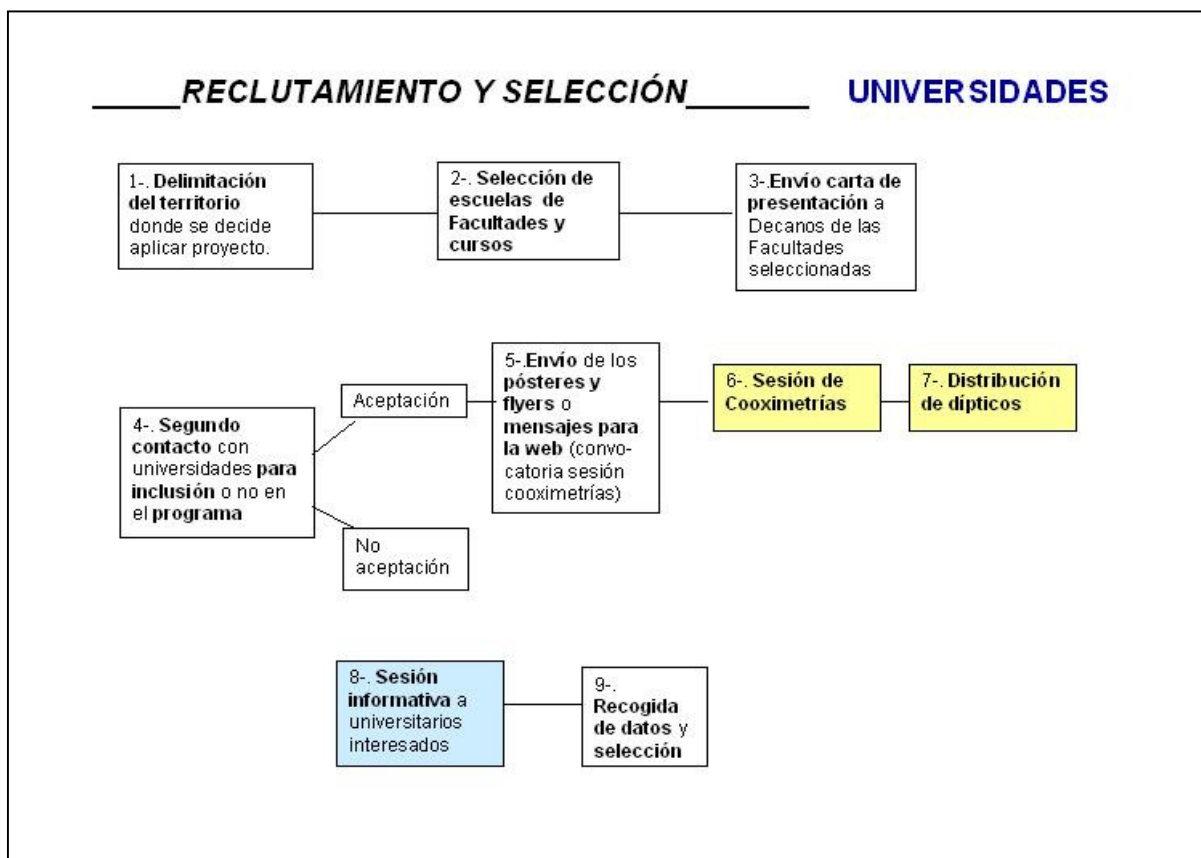


Fig. 4 Procedimiento de reclutamiento y selección en los centros universitarios

En las universidades, se contactó con el decano o con la persona en que éste delegó como facilitador de la difusión del programa. A partir de la respuesta, se enviaba a la facultad pósteres y mensajes que fueron distribuidos en la web sobre la convocatoria de la sesión de cooximetría. Durante la sesión de cooximetría (ver fig. 5), se distribuía un flyer (fig. 6) explicativo del significado y valoración de la prueba y del díptico (fig. 7) explicativo de las características de la intervención a las personas interesadas en acudir a la selección.



Fig. 5 Sesión de cooximetría en la Universitat Autònoma de Barcelona

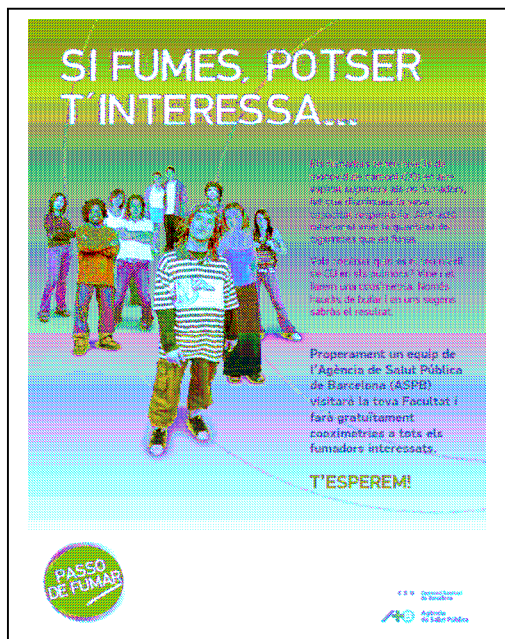


Fig. 6 Flyer sobre la cooximetría



Fig. 7 Díptico informativo del programa

5.2.2 Muestra final del estudio

El proyecto de intervención se dirigía a escolares que cursaban Bachillerato o Ciclos Formativos, tanto de Grado Medio como Superior y universitarios menores de 30 años.

Como se ha podido apreciar anteriormente al describir el reclutamiento, en definitiva, se realizó un muestreo no probabilístico y, sin ser una muestra completamente de conveniencia, porque se intentaba conseguir todos los fumadores posibles de una determinada escuela o facultad universitaria, en muchos momentos se empleó también el reclutamiento “en bola de nieve” (“snowball sampling”^{1,2}), en el que unos individuos llevan a otros y así sucesivamente. Con eso, en muchos momentos se pudo completar un reclutamiento complicado, como ya se ha referido en el anterior apartado.

Tamaño de la muestra:

Cálculo del tamaño muestral

En base a experiencias previas, se hizo la asunción de que el 30% de adolescentes de cada aula serían fumadores, de los que el 10% querría o habría intentado dejar de fumar. Para disminuir las posibles pérdidas de participantes en el momento de la incorporación a los grupos, se decidió intentar reclutar el doble de participantes. Así, para los escolares, se precisaba reclutar un total aproximado de 3240 adolescentes para el GI y 2160 para el GC, 270 por cada grupo de 13 futuros participantes en los grupos. Ello suponía contactar con 24-36 escuelas para el GI y 16-24 escuelas para el GC, ya que para conseguir un grupo de 13 escolares de 17-18 años se precisan 3 escuelas con 2 líneas por cada uno de los 2 cursos de Bachillerato o 2 escuelas con 3 líneas, estimando un promedio de 30 alumnos por aula.

El cálculo, en el caso de los universitarios, resultaba en reclutar un total aproximado de 3600 jóvenes para el GI y 2400 para el GC, 300 por cada grupo de 13 participantes. Para ello sería necesario contactar con un total aproximado de 36 aulas de primer ciclo de varias Facultades del territorio para el GI y 24 aulas para el GC, ya que para conseguir un grupo de 13 universitarios/as de 19-30 años se precisaban 3 aulas de 100 alumnos/as. En caso de tratarse de aulas con menor número de alumnos/as se necesitaría ampliar el número de aulas contactadas hasta conseguir el tamaño muestral necesario.

Grupo Intervención (GI)

En un principio se planificó disponer de una cifra de 312 escolares en el grupo intervención, a razón de 12 grupos de un promedio de 13 personas, tanto de escolares (156) como de universitarios (156). Esta cifra, que aseguraba por sí sola la potencia estadística precisa en todo estudio de evaluación de la efectividad, pronto se vio que estaba fuera del alcance del proyecto, al evidenciarse las dificultades que se comentan en el apartado de resultados en el reclutamiento y la selección.

¹Heckathorn, D.D. Snowball versus respondent-driving samplinf. *Sociol Methodol.* 2011 August 12 1; 41(1):35—366.

²Sordo L, Pérez-Vicente S, Rodríguez del Águila M^a M., Bravo M.J. Muestreo dirigido por los participantes para el estudio de poblaciones de difícil acceso. *Med Clin (Barc)* 2012 Oct 30. doi:p11: S0025-7753(12)00708-7. 10.1016/j.medcli.2012.07.017.

Grupo Control (GC)

Con una previsión semejante a la del grupo intervención, y con la asunción de que a los controles se les ofrecería la intervención de forma retardada, en una fase diferida del proyecto, se pretendió seleccionar un total de 208 personas para este grupo, con 8 grupos de 13 participantes, entre los escolares (104) y otros 8 grupos de 13 en el caso de los universitarios (104). Como se ha dicho, estos grupos tenían que actuar de controles de los grupos intervenidos en la primera fase del proyecto.

Reestructuración de la muestra y asunciones finales

Tal como se explicará con más detalle en los apartados de resultados y de discusión, las principales dificultades del proyecto para constituir una gran muestra como la descrita previamente se observaron en la planificación inicial del reclutamiento y de la selección. Con el diseño inicial se aseguraba un grupo de controles equivalentes, por cuanto todos los participantes eran seleccionados en el mismo momento y se asignaban después aleatoriamente a un grupo o a otro.

En la práctica, hubo que impresionar y rectificar respecto a los procedimientos del reclutamiento y después del primer año de trabajo de campo ya se vio que no era posible, con los medios del equipo de investigación, aspirar a una muestra tan potente y a un grupo control equivalente.

Como se verá, al describir la muestra en el apartado de resultados, se ha conseguido un grupo intervención suficiente, pero más modesto, y un grupo también menor de controles, que en este caso cabe considerar como no-equivalentes, ya que cumplen el criterio de ser seleccionados igual que los participantes en la intervención, pero difieren de éstos en que posteriormente no se incorporan a la misma. Se profundiza en este aspecto, más adelante en la presentación y discusión de los resultados.

5.3. Instrumentación y fuentes de información

Los instrumentos que han permitido la evaluación de la intervención han sido fundamentalmente tres:

1.-Registro del perfil fumador: recogidos mediante cuestionario autocontestado del participante en el momento de la selección y un cuestionario mucho menor integrado en la encuesta final de satisfacción de la intervención.

Meses después de la intervención se ha ido recogiendo telefónicamente el estado fumador de los diversos participantes en el estudio, tanto si pertenecían al grupo intervención como al control. La última entrada de datos se ha producido durante el mes de noviembre de 2012, representando la situación a los 6 meses de los últimos participantes en la intervención, 12 meses después de los últimos controles y 18 y 30 meses después de los participantes en la intervención durante la primera y segunda oleada y 24 y 30 meses después de los controles de estas oleadas.

En el próximo apartado se detallan las principales variables estudiadas a través del registro del perfil fumador.

2.- Exploración física: se realizaba inmediatamente después del registro del perfil fumador, como factores complementarios y de interés específico con la evolución de la intervención de deshabituación. Incluía:

- control de peso
- frecuencia cardiaca
- y práctica de una cooximetría.

En la medida que en las diferentes oleadas, las sesiones de selección se han ido adaptando a condiciones diferentes, se observa la pérdida de alguna de estas variables en algunos participantes.

3.- Biomarcadores: con la intención de validar la autodeclaración con el avance de la intervención. En la medida que la intervención suponía la cesación del consumo de tabaco y cannabis, se planificó el registro de dos biomarcadores:

a) *Determinación de CO (monóxido de carbono)* en el aire espirado mediante cooximetría medido en ppm (partículas por millón). La prueba se consideraba positiva si el resultado es ≥ 6 ppm. Se realizó en el momento del reclutamiento o de la selección y se repetía el primer día de la intervención. Se volvía a realizar en la cuarta sesión, tres días después de dejar de fumar, en la sexta, al mes de haber cesado y en la octava, al final del programa de intervención.

B) *Determinación de cannabis en muestra de cabello*: no se sistematizó a todos los consumidores de cannabis, sino que inicialmente sólo se aplicó a los universitarios (por ser mayores de 18 años y no necesitar la firma paterna para dar el consentimiento) y finalmente se ha realizado con mayor o menor intensidad a una submuestra del 10-20% de participantes en la intervención y que también fueran consumidores de cannabis en el momento de la selección. Sólo en algunos casos se ha podido completar el proceso con muestras también al final de la intervención. La muestra se recogía por el terapeuta o algún investigador del proyecto y se envió a analizar al Laboratorio del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas (IMIM). De cada muestra se realizaban dos determinaciones, lo que encareció el proceso respecto a lo establecido al inicio del proyecto y ha condicionado la selección de las muestras a analizar. En un apartado de resultados, se presenta la casuística que ha sido posible reunir y en la discusión se comenta lo que se ha aprendido y las recomendaciones para continuar con este marcador en el futuro de estas intervenciones. Asimismo se incluyen en los anexos del informe el protocolo que se siguió para la recogida del cabello (ver anexo X).

5.4. Variables del estudio

Las principales variables contempladas en el estudio y recogidas a través de los instrumentos y fuentes de información expuestos en el anterior apartado son:

a) Variables relacionadas con el *cambio de conducta*:

- Conocimientos sobre los efectos del tabaco y sobre el abandono de su consumo, medidos a través de subescalas con preguntas según opciones de respuesta tipo Likert (grado de seguridad de que un hecho es cierto o falso);

- Creencias y actitudes respecto al hecho de fumar, también con subescalas de respuestas tipo Likert (de máximo acuerdo a máximo desacuerdo);
- Autoeficacia: para no fumar en situaciones de riesgo y para dejar de fumar (grado de capacidad de cumplir o rechazar una determinada conducta o oferta para fumar o para seguir el programa de cesación);
- Intención de conducta (según los estadios de Prochaska: acción, preparación, contemplación y pre-contemplación).

b) *Consumo de cannabis*: se recogía la frecuencia de consumo en nunca, consumo experimental (haber probado), consumo reciente (último año) y consumo habitual (últimos 30 días). En caso de ser consumidor, se continuaba la encuesta del cannabis con una escala sobre posible consumo de riesgo, la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) que clasifica a los consumidores según “bajo riesgo” y “alto riesgo” en el consumo.

c) *Conducta fumadora*: se preguntó sobre:

- edad de inicio
- frecuencia (mensual, semanal o diaria),
- intensidad de consumo (número de cigarrillos)
- cantidad del cigarrillo fumada (entero, la mitad, cuarta parte)

d) Intentos previos de dejar de fumar

e) Sentir la necesidad de dejar de fumar (no la siente, levemente o claramente).

f) Motivación para dejar de fumar: medida por 2 tests.

- El Test de Richmond: que puntúa sobre un máximo de 10 y considera a los fumadores con puntuación ≥ 7 los más motivados y a los de 4-6 con motivación moderada.

- El Test de Henri Mondor o cálculo de las probabilidades de éxito: que puntúa sobre un máximo de 18 y considera que los fumadores que obtienen ≥ 16 tienen muchas probabilidades, 12-16 bastantes probabilidades, 6-12 oportunidades reales y <6 no es el momento de intentarlo.

f) Dependencia de la nicotina: medida por 2 tests.

- El Test de Fagerstrom: que puntúa sobre un máximo de 8 y considera que los fumadores con puntuación ≥ 6 tienen dependencia intensa, 4-5 dependencia mediana y 1-3 dependencia baja.

- El Test de síntomas de dependencia o ICD-10: que puntúa sobre un total de 6 criterios y considera a un adolescente dependiente de la nicotina si puntúa positivo en ≥ 3 de los 6 criterios.

5.5. Programa de intervención

Se trata de una intervención de ayuda para la cesación del consumo de tabaco y cannabis en jóvenes basada en el modelo cognitivo-conductual para dejar de

fumar. El programa consiste en ayudar al participante a dejar de fumar de forma inmediata y en hacer un seguimiento de su abstinencia hasta los 6 meses.

La intervención ha consistido en la combinación de sesiones grupales e interactivas a través del programa informático “Paso de fumar” (www.pasodefumar.com), que ha sido el instrumento de tutoría básico de cada participante. Cada grupo contó con la figura de un terapeuta que, a través del programa, realizó una monitorización tanto individual como grupal de los participantes. El terapeuta los guiaba a través del programa informático, conducía las sesiones grupales presenciales, les aportaba estrategias de ayuda a lo largo del proceso y les indicaba al final de cada sesión los pasos del programa informático a completar de cara a la siguiente sesión.

El programa informático “Paso de Fumar”

Este aplicativo informático contiene las siguientes partes:



Fig. 8 Página de entrada al programa del aplicativo informático “Paso de fumar”.

- información sobre el tabaco, el cánnabis, sus efectos, mitos y realidades sobre las sustancias y sobre la cesación.
- menú que comprende las 8 sesiones, que iban cumplimentando a medida que avanzaba la intervención.

c) chat con acceso restringido a través del cual se realizaban las sesiones interactivas.

d) foro con acceso restringido en el que se instaba a los participantes a proponer temas de debate, podían realizar consultas, reforzar los éxitos de los compañeros y proponer alternativas para afrontar situaciones de riesgo.

e) backend o zona de monitorización, restringida al terapeuta, que le permitía tener acceso a los datos proporcionados por los participantes, así como enviar mensajes sms o de correo electrónico, controlar el foro y el chat y realizar el registro periódico del rendimiento de los individuos de su grupo en cada sesión.

La terapia grupal

La intervención se ha compuesto de 8 sesiones de las cuales las sesiones 1,2,4,6 y 8 han sido presenciales y las 3, 5 y 7 interactivas.

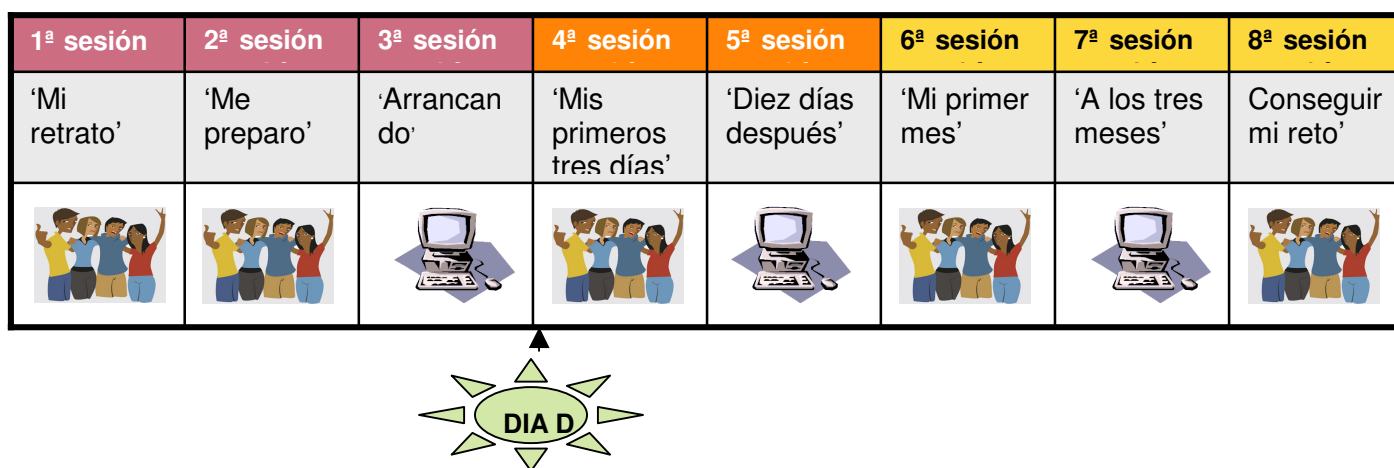


Fig. 9 Esquema de las ocho sesiones integrantes de la terapia grupal.

La intervención se divide en 3 etapas:

1) Preparación del "día D" (sesiones en color morado en la fig. 9)

(Sesión 1: Mi retrato; Sesión 2: Me preparo y Sesión 3: Arrancando): a realizar dentro de las 4 primeras semanas de la intervención.

Los objetivos de esta primera etapa incluían conseguir la cohesión y conciencia de grupo (mediante la realización de actividades rompehielo que permitían a los integrantes del grupo conocerse), alcanzar una serie de compromisos de grupo que les permitía conseguir el objetivo de la cesación (confidencialidad, honestidad, participación, reducción, cesación), conocer el perfil fumador de todos los integrantes del grupo, reforzar la motivación para dejar de fumar y ampliar los recursos personales para iniciar y mantenerse en la abstinencia.

2) Abandono del hábito (día "D") (sesiones en color naranja en la fig. 9)

(Sesión 4: Mis primeros tres días y Sesión 5: Diez días después): a realizar durante la primeros diez días después del día "D".

Los objetivos de esta segunda etapa incluían incrementar la autoeficacia para afrontar las dificultades propias e iniciales de la abstinencia y buscar alternativas para afrontar las situaciones de riesgo.

3) Mantenimiento de la cesación (sesiones en color amarillo en la fig. 9)

(Sesión 6: Mi primer mes, Sesión 7: A los tres meses y Sesión 8: Conseguir mi reto): a realizar entre el primer mes y los 6 meses del "día D".

Los objetivos de estas sesiones incluían aumentar la autoeficacia para seguir sin fumar, compartir las experiencias positivas y las dificultades vividas, refrendar con parámetros objetivos la abstinencia tabáquica (cooximetría) y reconocer el esfuerzo invertido en el proceso de cesación.

El proceso se complementó con el uso del teléfono móvil (a través de mensajes SMS) y mensajes de correo electrónico, mediante los cuales el terapeuta se comunicaba con los participantes para la programación de las sesiones, así como para dar respuesta a solicitudes de ayuda de los participantes para afrontar situaciones de riesgo. El proyecto asimismo ha incluido la distribución de incentivos (vales de compra en un establecimiento de objetos de música y entretenimiento digital), que se repartían al finalizar la intervención (por valor de 30€ si cesaban y de 15€ si sólo conseguían reducir). El valor de estos regalos, pues, estaba relacionado con los objetivos conseguidos.

Principales materiales del programa

Además del aplicativo informático y del valioso recurso humano del terapeuta, el programa ha dispuesto de dos recursos materiales: la guía de soporte al terapeuta y la carpeta de fichas del participante.



Fig. 10 Guía del terapeuta de "Paso de fumar"

El manual o guía del terapeuta (fig. 10) consta de cuatro grandes apartados: un primero con las bases para la realización del reclutamiento o procedimiento para ofrecer el programa a los posibles interesados, así como los contenidos de la sesión de selección; un segundo apartado en el que se esquematiza el diseño de la intervención, de las ocho sesiones anteriormente citadas y el procedimiento de de cada una de ellas; un tercer apartado con la descripción de tallada de cada una de las 8 sesiones que componen el programa y un cuarto y último apartado, con los instrumentos precisos para ser usados a lo largo de la intervención organizados en cuatro secciones diferentes: a) la información básica para el terapeuta sobre el proceso de deshabituación del tabaco y del cànnabis; b) la guía de utilización del programa informático; c) los instrumentos evaluativos

que permitirán medir tanto el desarrollo de la propia intervención, como los cambios obrados por ésta en sus usuarios; y d) las fichas utilizadas por los jóvenes en las sesiones presenciales y las informaciones necesarias para las sesiones interactivas.

La carpeta de fichas del participante contiene once fichas para utilizar a lo largo de las ocho sesiones del desarrollo del programa y 14 fichas más con información de soporte de cómo hacer uso del programa informático. Esta carpeta la entrega el terapeuta a los participantes a lo largo de la primera sesión de grupo y se constituye en el instrumento físico que permite dar continuidad a los diferentes momentos de la intervención.

Monitorización por parte del terapeuta

El programa informático contiene un espacio que es exclusivo para los terapeutas, denominado “backend”, porque no es visible a los participantes. Como se puede apreciar en la figura 11, el terapeuta dispone de los datos del usuario, tanto los acumulados a lo largo de la selección, como los formularios de cada una de las fases de la intervención, por lo que el terapeuta puede controlar de este manera el avance de cada participante a través de los menús del programa informático y que se va dando en paralelo a la evolución de las sesiones grupales. El terapeuta puede asimismo escribir notas del curso clínico de cada participante y controlar el foro, el chat y el registro de sesiones.

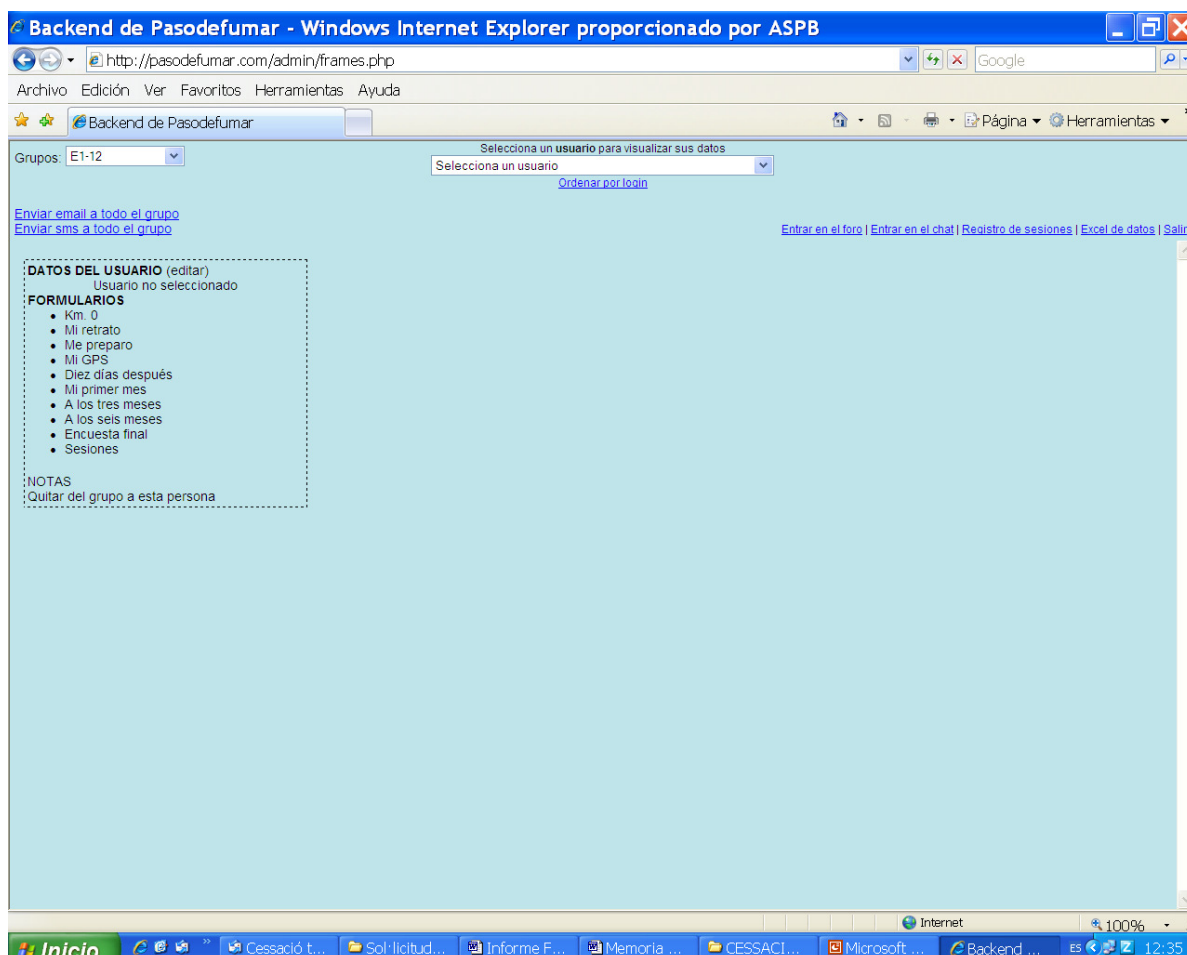


Fig. 11 Espacio del aplicativo informático (backend), exclusivo del terapeuta, para la monitorización de los participantes en la intervención.

Normalmente el foro lo abre el terapeuta entre la primera y la segunda sesión introduciendo un tema sobre el abandono del tabaquismo, ya sea en base a recursos o materiales que permitan estimular el diálogo y apoyo entre los participantes. Suele responsabilizar a uno de ellos de mantener el foro durante una o varias semanas de la intervención. El chat es el espacio que permite que terapeutas y participantes se pongan en contacto a lo largo de la tercera, quinta y séptima sesiones del programa.

En cuanto al registro de sesiones (figura 12), se ha diseñado para este proyecto y

Fig. 12 Registro de sesiones, administrado por el terapeuta, para el control del progreso de cada participante.

ha sido el instrumento mediante el que el terapeuta llevaba el control de la evolución del proceso de cesación de cada uno de los participantes. Como se puede apreciar en la figura, permite también valorar cada una de las variables intermedias que se trabajan a lo largo de la terapia grupal y que median en el proceso del abandono del tabaco. El terapeuta llenaba un registro de cada una de las ocho sesiones para cada participante.

Evaluación de proceso del programa y de la intervención

En la evaluación de proceso se han utilizado varias técnicas como el autoinforme del terapeuta, las entrevistas en profundidad, el grupo de consenso (con los terapeutas y los coordinadores del proyecto), la observación no-participante (al

menos una vez de cada una de las ocho sesiones de la intervención) y las fichas de evaluación de cada una de las sesiones a cargo de los participantes en el programa.

Con todos estos instrumentos, se determina el cumplimiento o dosis del programa (“completeness”), que permite conocer el número de sesiones que ha realizado cada participante en los grupos, así como la fidelidad al protocolo (“fidelity”) o si los terapeutas han respetado el diseño y configuración de las sesiones y han aplicado el programa con homogeneidad y de acuerdo a lo planificado. La observación participante también ha permitido valorar al relación o empatía de los terapeutas con el grupo (“rapport”).

La planificación y el diseño que se ha descrito en los tres apartados anteriores fueron la base de la comunicación³ que se presentó en las III Jornadas del Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo, celebradas en Barcelona en mayo de 2012.

5.6. Análisis estadístico

Los resultados que se muestran representan un análisis preliminar de las variables estudiadas. Se ha realizado un análisis descriptivo de las principales variables de proceso y de resultado, calculando en el caso de las variables categóricas las frecuencias absolutas y relativas. Está previsto continuar con el análisis con el fin de aplicar a las variables categóricas la prueba de Chi-cuadrado, mientras que en el caso de las variables cuantitativas se calcularan medidas de tendencia central (media, mediana, mínimo y máximo) y el test de T-Student. Para evaluar la efectividad de la intervención se utilizará como medida de asociación la Odds Ratio (OR) y su Intervalo de Confianza (IC) al 95% mediante regresión logística. Asimismo, se determinó la tasa de incidencia acumulada de cesación (TIAC), la tasa de incidencia acumulada de reducción (TIAR), la diferencia en TIAC y en TIAR así como la Razón de Incidencias. Para el procesamiento y análisis de los datos se utiliza el paquete estadístico STATA 10.

³Durante las III Jornadas del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, celebradas 21 en el Hospital de Bellvitge (Hospitalet de Llobregat, Barcelona), los días 24 y 25 de mayo de 2012, Olga Juárez, miembro del equipo investigador, presentó la comunicación “Evaluación de la efectividad de Paso de Fumar (Programa de prevención indicada del consumo de tabaco y cannabis en jóvenes)” dentro de la mesa redonda de los cinco mejores proyectos de investigación presentados a las Jornadas. El proyecto “Paso de Fumar” mereció asimismo la distinción del mejor de los cinco proyectos, reconocido con el diploma que se inserta en el anexo X.

6- Resultados

6.1. Resultados del reclutamiento y de la selección

La muestra final del estudio se compone de 166 jóvenes, 96 en el Grupo Intervención (38 escolares y 58 universitarios) y 70 en el Grupo Control (39 escolares y 31 universitarios).

En la tabla 1 se puede observar todo el proceso de captación de estos participantes en el estudio, desde el momento de ser reclutados en el marco escolar o universitario hasta su incorporación al proyecto, ya sea realizando la intervención o participando en el seguimiento como controles y con posterior seguimiento telefónico.

Entre los escolares, en sus centros se impartió una actividad de sensibilización a 2142 alumnos potencialmente fumadores, y se realizó un total de 558 cooximetrías a lo largo de las tres fases del proyecto. De los escolares fumadores 295 (12.5%) se interesaron en la cesación y 77 asistieron a la sesión de selección (26.1%). De los 77 escolares seleccionados, 38 se incorporaron a los grupos de intervención (49.4%).

Respecto a los jóvenes universitarios, un total de 11733 universitarios potencialmente fumadores recibió información sobre las acciones de sensibilización que se iban a llevar a cabo. Asimismo se realizaron 595 cooximetrías a fumadores. De todos ellos, 328 (20,4%) se mostraron interesados en la cesación, 89 acudieron a la selección (27.1%) y finalmente fueron 58 los que se incorporaron a los grupos de intervención (65.2%).

Tabla 1 Fumadores que acuden a los procesos de selección en las tres oleadas de reclutamiento. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012.

	1ª oleada 2009-2010		2ª oleada 2010-2011		3ª oleada 2011-2012		Total (2010-2012)	
RECLUTAMIENTO	n	(%) *	n	(%) *	n	(%) *	n	(%)*
Cooximetrías realizadas								
Universitarios	288	39.3	645	12.9	673	11.1	1606	13.8
Escolares**	---	---	195	48.9	363	71.4	558	26.1
Total	288	39.3	840	15.5	1036	15.9	2164	15.6
Interesados en la cesación								
Universitarios	90	31.3	108	16.7	130	19.3	328	20.4
Escolares**	225	6.1	23	11.8	47	12.9	295	12.5
Total	315	7.9	131	15.6	177	17.1	623	18.4
SELECCIÓN								
Universitarios	35	38.9	36	33.3	18	13.9	89	27.1
Escolares	39	17.3	18	78.3	20	42.6	77	26.1
Total	74	23.5	54	41.2	38	21.5	166	26.7
INCORPORACIÓN A LOS GRUPOS	Grupo Intervención	Grupo Control	Grupo Intervención	Grupo Control	Grupo Intervención	Grupo Control	Grupo Intervención	Grupo Control
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Universitarios	25 71.4	10 28.6	19 52.8	17 47.2	14 77.8	4 22.2	58 65.2	31 34.8
Escolares	21 53.8	18 46.2	11 61.1	7 38.9	6 30.0	14 70.0	38 49.4	39 50.6
Total	46 62.2	28 37.8	30 55.6	24 44.4	20 52.6	18 47.4	96 57.8	70 42.2

* sobre un universo de 733 universitarios y 1234 escolares potenciales fumadores en la 1ª oleada, 5000 universitarios y 400 escolares potenciales fumadores en la 2ª oleada y 6000 universitarios y 508 escolares potenciales fumadores en la 3ª oleada

** En la primera oleada no se realizaron cooximetrías a los escolares, por lo que el cálculo de los interesados en la cesación se realizó sobre los 3702 alumnos que contestaron la actividad de sensibilización.

6.2. Determinaciones de cánnabis en cabello

Se tomaron muestras de cabello para la determinación de la concentración de cánnabis en 15 de los 166 jóvenes participantes en el proyecto. Las 8 muestras tomadas en una primera fase no pudieron ser analizadas correctamente debido a un error en el protocolo de recogida de la muestra facilitado por el laboratorio, por lo que tuvieron que ser invalidadas. De las 7 muestras restantes, sólo en 2 casos se pudo hacer un seguimiento al final de la intervención con nueva recogida de muestra, debido a que sólo 8 de los consumidores de tabaco y cánnabis completaron la intervención y algunos de ellos pertenecen a la oleada de las muestras invalidadas.

En la tabla 2 se muestran los resultados de las determinaciones de cánnabis de las muestras analizadas. En todas las muestra se hacía un contraanálisis de confirmación, que forma parte del protocolo. El análisis de laboratorio determinó la concentración de cánnabis en cabello (en ng/mg) a los 3-6 meses antes del inicio de la intervención, en el momento de la selección y en la primera sesión de la intervención. En todos los casos se observa un descenso gradual en la concentración de cánnabis a medida que se acerca el inicio de la intervención así como una concordancia con los consumos declarados, siempre teniendo en cuenta la variabilidad interpersonal existente para la interpretación de las concentraciones detectadas respecto al consumo de cánnabis. En el caso de los dos participantes a los que se les tomó muestra nuevamente tras finalizar la intervención, los resultados concuerdan con la autodeclaración de consumo realizada por los participantes, en un caso estaba abstinerente y en el otro se hallaba en recaída.

El método analítico utilizado para realizar la determinación de la concentración de cánnabis en cabello fue la cromatografía de gases-espectrometría de masas (GC/MS). Las muestras son cortadas finamente y aproximadamente 30 mg (+-1mg) son transferidos a un tubo analítico con solución limpiadora. Esta mezcla es agitada durante unos 20-30 segundos decantando la solución limpiadora. Posteriormente se añaden nuevos disolventes y se calienta la muestra a 100°C durante una hora para conseguir la digestión de la muestra de cabello. Se deja enfriar a temperatura ambiente, se centrifuga y se extrae el líquido flotante, el cual es analizado mediante la realización en el laboratorio de un test de cribado inmunométrico.

Tabla 2 Determinaciones de cannabis en cabello en una muestra de los consumidores de cannabis participantes en el proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012.

Código participante	Edad	Centro de estudios	Al inicio					Al final			
			Datos de consumo		Determinaciones de cannabis en cabello (en ng./mg)			Datos de consumo		Determinación de cannabis en cabello (en ng./mg)	
			Núm. cigarrillos	Núm. porros	3-6 meses antes del inicio de la intervención	En el momento de la selección	En la 1ª sesión de la intervención	Núm. cigarrillos	Núm. porros	En la última sesión de la intervención	
E2-11 LL	19	ETP Clot Batx	20 diarios	5 diarios	0.60	0.12	0.05	---	---	---	
U4-11 MS	25	Ciclos Formativos CP Villar	10 diarios	1 semanal	0.07	0.05	0.01	---	---	---	
E1-12 RS	17	IES Milà Fontanals Bach	6 semanales	3 semanales	0.80	0.56	0.21	---	---	---	
E1-12 KA	17	IES Milà Fontanals Bach	4 semanales	4 semanales	0.00	0.00	0.00	---	---	---	
E1-12 MF	18	EPSA Bach	15 diarios	3 semanales	0.51	0.07	0.00	---	---	---	
U1-12 PE	22	UPF- Economía	15 diarios	2 semanales	---	0.07	0.00	15 diarios	No fuma	0.00	
U1-12 LV	22	UPF-Economía	7 diarios	2 semanales	0.51	0.47	0.40	No fuma	1 semanal	0.66	

6.3. Evaluación de proceso de la intervención

Se diferenciará entre los aspectos obtenidos a través de las fichas de los participantes a lo largo de las diferentes sesiones y la información emanada de los autoinformes contestados por los terapeutas después de acabada la intervención en las diversas oleadas.

6.3.1. Evaluación del alumnado sobre la intervención

La tabla 3 muestra la valoración que los participantes hicieron de la intervención. No se trata de una evaluación exhaustiva, sino de una muestra de 17-18% de los participantes (n=17) a los que se recogió la ficha después de las sesiones del programa. En base a estos documentos, se ha elaborado una tabla resumen que permite conocer algunas de las valoraciones y comentarios de los participantes respecto de:

- a) la puntuación global que dan a la sesión y particularmente a aspectos como la metodología de trabajo, interés de los contenidos, claridad de las explicaciones, utilidad de la sesión, material de soporte y participación del grupo. Las sesiones mejor valoradas por los participantes son la primera y las tres últimas. Así y todo la sesión con una puntuación más baja es la tercera que corresponde a la primera interactiva y donde hubo problemas con las conexiones durante el primer año del aplicativo informático.
- b) Lo que más les ha gustado, tanto en lo que se refiere al terapeuta, como al desarrollo de la sesión, materiales, participantes... En este apartado los participantes expresan en más de una de las sesiones sus expectativas, esperanzas, su estado de ánimo y también sus deseos y desengaños con el reto que se han impuesto.
- c) Lo que menos les ha gustado: aquí, al margen de hacer saber algún elemento material que no ha funcionado bien, como los problemas ya comentados sobre el chat, lo que más refieren es su desagrado cuando los demás compañeros del grupo no cumplen y no asisten a las sesiones. En otros casos expresan también aquí sus dificultades para cumplir con lo pactado.

Tabla 3 Valoración de las sesiones del programa por los participantes. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012.

Sesión	Puntuaciones	Lo que más me ha gustado	Lo que menos me ha gustado
<p>Sesión 1: Mi retrato (presencial)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de trabajo: 9 • Interés contenidos: 9 • Claridad de las explicaciones: 9 • Utilidad de la sesión: 9 • Material de soporte: 9 • Participación del grupo: 8 <p>Puntuación global: 8,8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poder conocernos entre todos y poder conocer más la terapia. • La esperanza. • La organización, estrategia y metodología. • La claridad de la información, el entusiasmo y positivismo por parte del terapeuta. • Muy informativo, metodología muy clara y pautada, facilidad de seguimiento. • Muy abierta y participativa. • Me parece un buen método y desmiente algunos mitos sobre el dejar de fumar. • Material: agenda. • Ir conociendo a los pocos que han venido, porque voy a pasar con ellos mucho tiempo. • Las ideas y técnicas para comenzar a concienciarme de que tengo que dejar de fumar. • La explicación del seguimiento del programa y como va a ser todo. • Escoger la fecha de dejar de fumar. 	<ul style="list-style-type: none"> • El autorregistro está mal escrito. • La ausencia de las personas del grupo me ha decepcionado. • Que tengo dudas (de confianza sobre mi misma). • Darme cuenta de lo que voy a tener que pasar con el síndrome de abstinencia. • Pensaba que se podría dejar de fumar tabaco y consumir cannabis esporádicamente. • Reducción del número de personas del grupo. • Saber el día que tengo que dejar de fumar. • Saber cuanto dinero me he gastado en tabaco durante estos años. • La falta de gente que se ha comprometido a venir.

Tabla 3 Valoración de las sesiones del programa por los participantes. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012 (cont.).

Sesión	Puntuaciones	Lo que más me ha gustado	Lo que menos me ha gustado
<p>Sesión 2: Me preparo (presencial)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de trabajo: 8 • Interés contenidos: 7 • Claridad de las explicaciones: 8 • Utilidad de la sesión: 7 • Material de soporte: 7 • Participación del grupo: 8 Puntuación global: 7,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar de ventajas y desventajas. • El poder ver donde suelo fumar más a partir de los autorregistros. También el motivo por el que fumo. • Continuar con buenas dinámicas para dejar de fumar. • Poner en común lo que hemos conseguido en estos días. • Saber los métodos de cada uno para evitar cigarrillos. • Encontrar los motivos por los cuales dejar de fumar (que superan los inconvenientes). • El ambiente, porque veo que los compañeros están comprometidos. • Consejos muy útiles incidiendo en puntos clave. • Me he sentido muy a gusto con facilidad para hablar de todo. • Hablar sobre las ventajas de dejar de fumar. • Muy interactivo, es interesante que todos expongan como intentan reducir para poderte apropiarte de alguna estrategia. • La participación y explicar miedos y dificultades. • Ha sido mucho más dinámica que la anterior. • Me ha enseñado que hay cigarrillos que se pueden reducir. • Que nos dejen bajar a fumar, porque lo necesitaba. • La claridad de las explicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las sesiones se me hacen cortas, me gustaría que fuesen un poco más largas. • No llegar a la hora, puntualidad. • La explicación del chat y las actividades de internet. • El chat ya queda claro con las hojas, no hace falta explicarlo en vivo. • Explicación del chat. • Se hace un poco corta. • No aprender cosas nuevas, sino que todo lo que se ha dicho ya lo sabía. • Hablar sobre los inconvenientes, porque veo que es difícil dejar de fumar. • Se ha hecho corta la sesión. • La puntualidad.

Tabla 3 Valoración de las sesiones del programa por los participantes. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012 (cont.).

Sesión	Puntuaciones	Lo que más me ha gustado	Lo que menos me ha gustado
Sesión 3: Arrancando (interactiva)	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de trabajo: 8 • Interés contenidos: 6 • Claridad de las explicaciones: 6 • Utilidad de la sesión: 6 • Material de soporte: 5 • Participación del grupo: 8 Puntuación global: 6,5	<ul style="list-style-type: none"> • La claridad en las exposiciones, el buen ambiente del grupo. • Que la sesión ha sido exclusivamente para mi. • La interacción entre todos los miembros del grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • El chat no funcionaba bien, había personas que en un principio se podían conectar y después ya no pudieron y otras que no pudieron ni entrar en el chat. • El mal funcionamiento del chat.
Sesión 4: Mis primeros tres días (presencial)	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de trabajo: 9 • Interés contenidos: 9 • Claridad de las explicaciones: 9 • Utilidad de la sesión: 9 • Material de soporte: 8 • Participación del grupo: 9 Puntuación global: 8,8	<ul style="list-style-type: none"> • Que hemos comentado como estábamos entre todos • Es el día que más me ha ayudado a pensar en mis momentos bajos y encontrar recursos para no caer, parecen cuestiones evidentes, pero hay que llevarlas adelante. • La participación en el grupo y los consejos dados. • Los ánimos para seguir no fumando. • Los temas de la sesión y lo que hacer para no fumar. • Comprobar el nivel de fumador después de unos días. • Hablar de cómo lo llevamos. • Que hemos hablado mucho: compartir alegrías y miedos de forma abierta es la mejor ayuda. • Va bien hablar de los primeros días sin fumar entre todos. • El apoyo de la terapeuta, seguimiento. • La información sobre la relajación y pensar como he superado las situaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que aunque no hayas fumado puedes dar positivo por otras cosas y no puedes hacer nada con eso. • Que faltaban compañeros. • La poca gente.

Tabla 3 Valoración de las sesiones del programa por los participantes. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012 (cont.).

Sesión	Puntuaciones	Lo que más me ha gustado	Lo que menos me ha gustado
Sesión 5: Diez días después (presencial)	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de trabajo: 8 • Interés contenidos: 8 • Claridad de las explicaciones: 9 • Utilidad de la sesión: 8 • Material de soporte: 8 • Participación del grupo: 8 Puntuación global: 8,2	<ul style="list-style-type: none"> • La participación de todos en ella. • Que de momento hay individuos que lo están consiguiendo y hace que la sesión vaya más fluida. • La sinceridad de los que han recaído, sus explicaciones y el apoyo que le ha dado el grupo. • El rato que se ha hablado de cómo estamos. • Hablar de los problemas que me provoca dejar de fumar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener alguna información sobre las mejoras físicas que comporta dejar de fumar. • Los compañeros del grupo que no han venido y he estado sola. Si es una terapia grupal, no puede funcionar así.
Sesión 6: Mi primer mes (interactiva)	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de trabajo: 8 • Interés contenidos: 9 • Claridad de las explicaciones: 9 • Utilidad de la sesión: 9 • Material de soporte: 8 • Participación del grupo: 10 Puntuación global: 8,8	<ul style="list-style-type: none"> • Comentar las experiencias entre los compañeros. 	
Sesión 7: A los tres meses (interactiva)	Ninguna ficha recogida.	Ninguna ficha recogida.	Ninguna ficha recogida.
Sesión 8: Conseguir mi reto (presencial)	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de trabajo: 10 • Interés contenidos: 10 • Claridad de las explicaciones: 10 • Utilidad de la sesión: 10 • Material de soporte: 10 • Participación del grupo: 10 Puntuación global: 10	<ul style="list-style-type: none"> • La dedicación e interés por parte de la terapeuta. 	

6.3.2. Evaluación de los/las terapeutas sobre el programa

Se analizaron 14 autoinformes cumplimentados por una mayoría de los terapeutas que han aplicado la intervención. Con sus respuestas se han generado las tablas 4, 5 y 6.

En la tabla 4 se describen los aspectos positivos por un lado y los mejorables por otro, que los terapeutas han considerado sobre:

- La terapia de grupo;
- El aplicativo informático “Paso de fumar”;
- Los materiales de los participantes;
- y otros instrumentos o pruebas con los que han contado para la evaluación y control del programa.

En la terapia de grupo (tabla 4) consideran como muy positivo la dinámica de grupo establecida y la relación con los participantes, además de las condiciones generales de espacio y tiempo de la intervención. Una de las cosas mejor valoradas son todos los elementos de que consta la intervención para hacer el seguimiento de los participantes: mensajes sms, teléfono, correo electrónico...

Entre lo mejorable se destacan aspectos relacionados con el tamaño de los grupos, que, al ser más bajo de lo previsto y variable en el cumplimiento, ha condicionado las dinámicas. También se comenta la dificultad para compaginar horarios y la falta de tiempo en muchos casos para poder hacer todo lo previsto en la sesión, debido a las propias demandas de los participantes. Se reivindica el foro como una parte del aplicativo informático poco aprovechada y se pide más psicoeducación en las primeras sesiones para aclarar las muchas dudas con las que los jóvenes llegan a la intervención.

En el aplicativo informático (tabla 4) los terapeutas valoran positivamente los elementos informativos de Paso de Fumar, tanto los informativos sobre tabaco y cannabis del “home”, así como los que ofrece sobre el proceso de dejar de fumar y los dípticos sobre situaciones de riesgo y consejos para hacer frente a los principales problemas. También valoran muy bien todos los instrumentos de seguimiento del programa (e-mail SOS, mensajes de aviso...), la claridad de los menús y el backend o zona de control y evolución de cada participante. Son críticos y consideran mejorables los aspectos técnicos relacionados con la conexión al chat y la dificultad que encontraron, especialmente con los escolares, para la adhesión al programa. Algunos terapeutas reflejaron su escaso bagaje en los temas informáticos en sus temores respecto de la aceptación de los participantes y es un aspecto a tener en cuenta, la diferencia de formación y soltura en los temas digitales entre los jóvenes participantes y una mayoría de terapeutas.

En lo referente a los materiales de los participantes (tabla 4), los terapeutas consideran que éstos los valoran bien al inicio, incluidas las diferentes fichas de soporte, pero su uso a lo largo de la intervención es muy irregular. Se sugiere convertir la carpeta en una libreta con el fin de conseguir que no separen las diferentes fichas y acaben olvidando las necesarias para cada sesión. También se pide una mayor número de recursos al servicio del foro en el caso de los universitarios.

Tabla 4 Valoración por los terapeutas de la terapia de grupo, el programa informático y los materiales de los participantes. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012. (cont.)

TERAPIA DE GRUPO

POSITIVO	MEJORABLE
<ul style="list-style-type: none"> • a mitad de los terapeutas ha hecho <i>10 o más de 10 sesiones</i>. • Las ocho sesiones han sido calificadas de manera <i>satisfactoria</i> por parte de los profesionales que las han llevado a cabo. • Han sido <i>“Muy Bien”</i> valorados los siguientes aspectos: emplazamiento de las reuniones de grupo (aula o sala de escuela, aula de facultad, CAS ...); día y hora de las sesiones; confidencialidad; relaciones entre los participantes y el terapeuta. • Han sido <i>“Bien”</i> valorados los siguientes aspectos: dinámica de grupo; relaciones entre los participantes del grupo. • Se han realizado varios métodos para realizar el <i>seguimiento</i> de las sesiones, utilizados de manera variada: llamadas telefónicas, correo electrónico, mensajes SMS, foro del programa informático, “whatsapp”, entrevistas individuales. • Los <i>SMS</i> van bien como recordatorio, pero no los pueden responder los participantes. • El <i>teléfono</i> es rápido y aclaratorio, pero a veces resulta difícil localizarlos. • El <i>e-mail</i> es calificado como una herramienta útil, ya que cada uno llevamos ritmos y dinámicas de trabajo diferentes, por tanto, cada uno responde cuando puede. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mitad de los terapeutas ha hecho <i>menos de las ocho</i> sesiones ordinarias. • Han sido <i>“Regular”</i> o <i>“Mal”</i> valorado el número de personas del grupo. El número de personas del grupo es importante ya que siempre hay abandonos. Un grupo pequeño se deshace fácilmente. Eso dificulta la continuidad, la adhesión del resto de componentes al grupo y la motivación de éstos. • En las sesiones iniciales se de hacer más énfasis en <i>aspectos motivacionales</i>, hacer <i>psicoeducación</i> (dependencia, componentes del tabaco, síndrome de abstinencia, etc), aclarar dudas y expectativas y dar algunas pautas conductuales para ayudar en la reducción del consumo. • Se <i>adaptaron</i> las sesiones a grupos más reducidos o incluso a formato individual. • Se <i>añadieron</i> sesiones durante el verano para no dejar todo el verano sin contactar. • Para trabajar profundamente los contenidos de cada una de las actividades propuestas en las sesiones, se debería dotar de <i>más tiempo</i>, o bien reducir el número de actividades a trabajar, ya que siempre se alargaba el tiempo global de la sesión. • Dificultad a la hora de encontrar horarios comunes, y muchas bajas de última hora que se comunican justo antes de la sesión o que simplemente no se comunican y después es costoso para el terapeuta volver a contactar con la persona. • A algunos terapeutas les ha costado mucho aceptar las coordenadas de funcionamiento de esta población adolescente-joven. • Algunas sesiones virtuales se han <i>convertido</i> en presenciales al margen del protocolo del programa por falta de asistencia al chat. • La participación en el <i>foro</i> es lo más complicado de conseguir ya que solo se implican los que son algo más mayores. • Una mayor <i>dinamización</i> de la participación del foro habría sido más enriquecedor y habría dado un mayor efecto cohesionador del grupo. • Resulta dificultoso el hecho de que haya una participación fluida en el foro, se debería intentar <i>incentivar</i> más este canal de comunicación.

Puntuación que los/las profesores/as creen que sus alumnos/as otorgarían al programa

APLICATIVO INFORMÁTICO “PASO DE FUMAR”

POSITIVO	MEJORABLE
<ul style="list-style-type: none"> • La opinión de los terapeutas respecto al contenido del programa informático ha sido Muy Buena o “Buena” para los siguientes aspectos: retrato de cada fumador; preparación y establecimiento del día “D”; autorregistro; situaciones de riesgo y consejos para mantenerse sin fumar; motivos para dejar de fumar y apoyos; información sobre tratamiento farmacológico; recaídas. • Los siguientes recursos han sido “<i>Muy Bien</i>” valorados: información previa (Info-Tabac i Info-Cannabis) y el acceso a la información de cada participante en el registro de datos de cada sesión. • Han sido “<i>Bien</i>” valorados los siguientes recursos del programa: juegos y animaciones; envío y recepción de e-mails SOS; envío y recepción de sms; mensajes periódicos de aviso para conectarse; diseño y funcionamiento del foro; acceso al programa (contraseña usuario); funcionamiento global; diseño; extensión (número y volumen de los menús); claridad en la ruta de los menús; cuestionario inicial (datos generales, consumo, motivación, dependencia, km.0); perfil fumador de cada participante; notas sobre la evolución de cada participante; backend del terapeuta; formularios de los menús del programa informático. • 	<ul style="list-style-type: none"> • La adhesión al programa de los participantes se dividió entre los grupos que mostraron interés, a pesar de los problemas técnicos y aquellos que no mostraron interés y no se conectaron desde el principio. • La mayoría de terapeutas tuvo una respuesta correcta ante la determinación conjunta del día “D”: se marcó día “D” y lo cumplieron. • La mayoría de participantes afirman recibir los e-mail de seguimiento, pero no se han conectado cuando debían, ni cuando se lo indicaba el terapeuta. • La sensibilidad de los terapeutas con el programa informático no es homogénea. • Al principio por problemas técnicos algunos de los participantes no siguieron el programa debidamente. A partir del día D el grupo perdió motivación por el seguimiento del programa. Posiblemente desde el principio se tendría que reforzar el hecho de llegar hasta el final con la propuesta de adquirir mayor conocimiento y un mayor compromiso con el proceso de cesación y mantenimiento. • Los problemas técnicos con el chat deberían solucionarse ya que esto dificulta mucho el seguimiento de las sesiones on-line. • Se sugiere dejar un tiempo en las sesiones presenciales para conectarse y familiarizarse con el programa. • Se sugieren algunos cambios en el programa informático: mejoras en el chat; reducir y clarificar el cuestionario inicial de participación en el programa; mejorar el retrato del fumador; los autorregistros son cortos y se cansan de completarlos porque tienen que utilizar muchos papelitos; hacer las explicaciones de algunos apartados más esquemáticas. Cuando hay mucha letra y poco tiempo, no se paran a leerlo todo. • Se sugiere introducir la información de Info-Tabac i Info-Cannabis en las sesiones, dado que es muy completa. • Se han valorado de manera “Regular” los siguientes recursos del programa: diseño y funcionamiento del chat; utilización por los participantes; aceptación del programa por los participantes; ficha de valoración de cada sesión por los participantes; registro de sesiones. • Sugieren que las circunstancias técnicas ayuden y que los terapeutas vean el programa como un instrumento de ayuda. • Los indicadores del backend del terapeuta están poco definidos.

MATERIALES DE LOS PARTICIPANTES

POSITIVO	MEJORABLE
<ul style="list-style-type: none"> Los participantes han aceptado bien el contenido, aunque se percibe un bajo uso del mismo. Se puede afirmar que todas las fichas e informaciones en soporte facilitadas han sido valoradas muy positivamente. Los participantes también valoran muy positivamente todas las sesiones, pero consideran que las tres últimas son repetitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> En el ámbito universitario se debería disponer de mayor información y recursos (facilitar referencias bibliográficas o virtuales), que daría un mayor aporte a la sesión y facilitaría la dinámica del foro. Se sugiere cambios en el formato: transformar la carpeta en una libreta (ya que en alguna sesión puede ser útil el recuperar alguna ficha de anteriores sesiones, y en ocasiones los/las participantes no llevaban consigo estas fichas o información de soporte).

OTRAS PRUEBAS, EXPLORACIONES E INSTRUMENTOS

POSITIVO	MEJORABLE
<ul style="list-style-type: none"> Tanto las fichas informativas para la sesión de selección (disponibles en power point), como la guía del terapeuta, los chicles de nicotina o la disponibilidad del cooxímetro son valoradas muy positivamente; aunque los chicles se han utilizado muy poco y habría ido bien disponer de un par de cooxímetros más. La valoración de la evaluación inicial que ofrecía el proyecto es valorada como <i>"Muy buena"</i> por los terapeutas para: las exploraciones (cooximetría, peso, frecuencia cardíaca) y <i>"Buena"</i> para: cuestionario inicial (datos generales, consumo, motivación, dependencia, km.0). La valoración de la evaluación final que ofrecía el proyecto es valorada por los terapeutas como <i>"Buena"</i> para: encuesta final del participante; sesión de consenso entre terapeutas y supervisores; autoinforme del terapeuta (reclutamiento y selección); autoinforme del terapeuta (intervención). La encuesta final de los participantes es muy completa pero larga. 	<ul style="list-style-type: none"> Se sugiere profundizar en cual es la motivación principal para participar en el Programa, ya que en algunos casos existen problemas psicológicos asociados y el hecho de participar en un grupo de terapia y tener una red social de soporte, se constituye en la motivación principal para participar en el Programa, más allá de la motivación para la cesación tabáquica que en algunos casos no es la principal. La valoración de la evaluación inicial que ofrecía el proyecto es valorada como <i>"Regular"</i> para: toma de muestra de cabello para determinación del cannabis. La programación temporal de las actividades en cada sesión no es realista, y como consecuencia se alargan todas las sesiones. Esto hace que algunas personas deban abandonar la sesión de manera apresurada y no rellenen la ficha de valoración. La evaluación del reclutamiento se debería haber realizado al acabar el mismo, no pasados meses. El autoinforme del terapeuta debería realizarse cuando las sesiones del programa se han llevado a cabo, y no tres meses después de finalizar las de seguimiento. Se considera importante realizar un cronograma adecuado para la evaluación del programa. Las evaluaciones deberían poderse realizar siguiendo un guión (como el que propone este informe) y en una reunión que reagrupe a los profesionales que participaron para que puedan expresar su valoración y propuestas. Fue un problema importante no disponer de la encuesta para contestarla hasta tiempo después de acabados los primeros grupos. Ello ha disminuído el número de respuestas en este primer año, que costará recuperar.

Otros instrumentos del programa al servicio de los terapeutas como las pruebas (cooximetría...) o los diferentes instrumentos de la evaluación (encuestas, autoinformes...) son muy bien valorados por éstos. Hay más discrepancias sobre la toma de cabello para las determinaciones de cannabis, que debería planificarse mejor. También se sugiere filtrar que los autoinformes sean aplicados inmediatamente después de acabar el reclutamiento o la intervención para facilitar el recuerdo de las diferentes circunstancias a considerar.

En la tabla 5 los terapeutas hacen su valoración global sobre el programa. Entre las fortalezas se destaca la formación, la coordinación del proyecto, el trabajo grupal y la planificación de las sesiones, la posibilidad de hacer sesiones on-line, los instrumentos de seguimiento de los participantes, así como los de control de su evolución que ofrece el programa. Entre las limitaciones se cita las dificultades en el reclutamiento y la selección y la falta de medios en esta fase, el tiempo demasiado largo entre selección y la incorporación a la cesación, los problemas tecnológicos en las sesiones de chat o en la conexión al programa informático, el tamaño de los grupos, la baja adherencia al programa informático en el caso de los escolares y la baja motivación de los fumadores de cannabis para la cesación de ambas sustancias.

Los terapeutas califican la intervención con un 7,5/10, otorgando un 8 a la terapia de grupo y un 7 al programa informático. Por otro lado, creen que los participantes calificarían la intervención con un 6,8, dándole un 8 a la terapia de grupo y un 5,5 al aplicativo informático. La mayoría de los terapeutas volverían a aplicar el programa, creen en su eficacia y opinan que los jóvenes, una vez están enrolados en él, muestran una gran satisfacción.

Tabla 5 Valoración global de la intervención por los terapeutas. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012.

A) Fortalezas y limitaciones

Fortalezas	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad en la coordinación entre terapeuta, co-terapeuta y supervisor. • Favorece la cohesión de grupo • La continuidad a través del programa informático facilita una mayor adhesión • El formato grupal es muy favorable • Posibilidad de hacer sesiones on-line • Contenidos y materiales muy trabajados (aunque algunos son mejorables) • Red de coordinación satisfactoria • Sesiones de formación de terapeutas buena (aunque convendría introducir algunos cambios, sobretodo profundizar mucho más en como dinamizar un grupo y como conseguir la adhesión al programa e incentivar la participación) • Es un recurso público, comunitario y que puede ser muy costo-efectivo. • El conjunto de instrumentos que ofrece la intervención. • El equipo de trabajo. • Contacto on-line con los participantes (chat, email, etc.) • Muchas facilidades para que los participantes contacten con el terapeuta en caso de necesidad (SOS, email, teléfono...) • Un programa con tareas entre sesiones. • Disponer de backend para registrar la evolución de los participantes. • Carpetas y fichas de material de soporte para seguimiento de las sesiones. • Sesiones muy bien orientadas a las necesidades de los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Los tiempos de la promoción, desde el primer contacto de selección hasta el inicio del tratamiento están demasiado dilatados. • La sesión en grupo virtual es complicada. Las conversaciones se desordenan. Sería mucho mas apropiado una sesión individual con cada uno de los participantes o en parejas o tríos. No se lleva a cabo una adecuada interacción. • El proceso de captación no está bien trabajado • Problemas informáticos (problema identificado y solucionable) • Intervención demasiado demorada en el tiempo, quizás convendría probar nuevas formulas para ver si funciona el programa aplicándolo de forma más compactada. • Los problemas tecnológicos, no esperados. • Las dificultades del reclutamiento y selección y la falta de medios en esta fase. • Dificultades para iniciar con un núm. de participantes significativo. • Incompatibilidad de horarios con los participantes o con algunas épocas del curso (exámenes, etc.). • La baja motivación de los fumadores de cànnabis para la cesación de ambas sustancias. • Baja adherencia de los participantes a algunos apartados del programa (foro, etc.). • Dificultades para contactar con participantes desvinculados para las encuestas finales. • Dificultad del terapeuta para hacer seguimientos extraordinarios, debido a la combinación del programa con otras tareas/trabajos/funciones. • La poca utilización del soporte informático por parte de los participantes del grupo (sobre todo escolares). • Repetición en las ultimas sesiones de las ayudas escritas a los integrantes del grupo. • Baja utilización del chat y del foro. • Dificultad de horarios en jóvenes. • Diferencias de edad dentro del grupo. • Dificultad de encontrar un buen día D debido al calendario del programa y al calendario universitario, vacaciones...

B) Calificación y fidelidad futura

Calificaciones del programa	Fidelidad de uso en el futuro
<p>Puntuando del 1 (malo) al 10 (muy bueno),</p> <p>La valoración de los terapeutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la media de comocalificarían el programa es: <ul style="list-style-type: none"> - 8 puntos para la terapia de grupo - 7 puntos para el programa informático • la media que creen que darían los participantes al programa es: <ul style="list-style-type: none"> - 8 puntos para la terapia de grupo - 5,5 puntos para el programa informático • La mayoría de terapeutas valora el programa como válido para conseguir la cesación y desarrollar capacidades y habilidades como terapeuta. También afirman haber adquirido experiencia trabajando con un nuevo grupo diana (jóvenes escolares o universitarios) y con este nuevo ámbito de intervención. • Realizan una valoración muy alta del equipo investigador central (disponibilidad, capacidad de resolución de problemas, ayuda...), así como de los medios para llevar a cabo la intervención. • El sistema informático ha sido valorado de manera deficiente. 	<p>La mayoría de terapeutas volvería a serlo en futuras ediciones.</p> <p>Todos los terapeutas volverían a aplicar el programa de intervención “Paso de fumar” por los siguientes motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la persona esta dispuesta a dejar de fumar es una buena manera de acompañar y dar los recursos necesarios para llevar a cabo el objetivo. • Está bien diseñado y realmente es eficaz. Con algunas mejoras y haciendo inciso en determinados aspectos al formar a los terapeutas, seguro que se consigue una adhesión y una eficacia aún mayor. • Porque, una vez que los jóvenes se enrolan en él, la satisfacción es alta. • Porque me parece un método eficaz, fácil de aplicar a pesar de la experiencia diversa entre los diferentes terapeutas. • Las sesiones están muy estructuradas y el nº de sesiones y la temporalidad me parecen adecuados. • Creo que la combinación de terapia de grupo y programa informático es una buena opción para los jóvenes.

La tabla 6 es la última que recoge valoraciones de los terapeutas. En ella expresan lo que cambiarían sobre las sesiones de la intervención. Entre lo que quitarían hay algunos aspectos controvertidos, en los que no hay unanimidad y sí división de opiniones, como entregar o no hacerlo el perfil fumador de cada participante en la primera sesión y mantener las sesiones interactivas o convertirlas en presenciales, según la apreciación de una minoría de terapeutas. Hay más cuerdo en suprimir algunas fichas e información de soporte en las últimas sesiones por ser repetitivas y revisar la adecuación de algunas actividades rompe-hielo. Entre los aspectos que añadirían, se cree que hay que hacer más psicoeducación en las primeras sesiones, hablando de las dificultades del proceso y anticipando algunas realidades como el síndrome de abstinencia de la nicotina (SAN). También se sugiere añadir más material sobre consejos alimentarios en las primeras sesiones para ir modificando la dieta y trabajar las fantasías de control, en el sentido de la ilusión de poder continuar fumando algún cigarrillo de tanto en tanto, especialmente intensa para los fumadores de cannabis. Se considera que hay que añadir materiales para ejercitar habilidades de asertividad para rechazar las futuras ofertas y también la anticipación de posibles recaídas.

Tabla 6 Cambios y motivos sugeridos por los terapeutas en la sesiones del programa. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012.

Sesión	Lo que quitaría		Lo que añadiría	
	Propuesta	Motivo	Propuesta	Motivo
Sesión 1: Mi retrato	<ul style="list-style-type: none"> La entrega del perfil de fumador. 	Creo que sería más efectivo diseñar una dinámica que facilite exponer la información sobre el perfil de cada participante.	<ul style="list-style-type: none"> Insistir y practicar, si es necesario con el programa informático. Hacer psicoeducación del tabaco. El texto del perfil del fumador. 	Se ha de crear un nuevo hábito, cuando éste no existe. En la primera sesión esperan salir ya con algo y no sólo con información del programa. El texto en relación con el patrón y grado de dependencia de tabaco y cannabis está redactado de un modo muy directo.
Sesión 2: Me preparo	<ul style="list-style-type: none"> Cambiar la dinámica de ha llegado una carta. 	La ficha "Alternativas para no fumar" creo que deberían quedársela ellos.	<ul style="list-style-type: none"> Dar una instrucción más adecuada según el grupo de edad. Trabajar motivaciones. 	Es un material de recordatorio para ellos. Es importante reforzar la base motivacional.
Sesión 3: Arrancando	<ul style="list-style-type: none"> Que no sea virtual 	Los jóvenes no se conectan.		
Sesión 4: Mis primeros tres días	<ul style="list-style-type: none"> La actividad rompehielo de "El cazafirmas". 	No es adecuada para universitarios.	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó otra actividad que facilitara la cohesión de grupo y socialización. Información sobre el "síndrome de abstinencia por la nicotina" (SAN) y técnicas de relajación antes de esta sesión. 	Los síntomas del "síndrome de abstinencia por la nicotina" (SAN) les preocupa antes de que ocurra y es importante que sepan manejarlo para cuando los padezcan.
Sesión 5: Diez días después	No hay comentarios.		No hay comentarios.	

Tabla 6 Cambios y motivos sugeridos por los terapeutas en la sesiones del programa. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012. (cont.)

Sesión	Lo que quitaría		Lo que añadiría	
	Propuesta	Motivo	Propuesta	Motivo
Sesión 6: Mi primer mes	<ul style="list-style-type: none"> • Que no sea virtual. • Fichas J, K e Información de soporte H y L. 	<p>Los jóvenes no se conectan. La información de soporte y las fichas son demasiado repetitivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas y respuestas referentes al tabaco. • Escala de autoeficacia para dejar de fumar. • Trabajar las fantasías de control. 	
Sesión 7: A los tres meses	<ul style="list-style-type: none"> • Que no sea virtual. • Fichas J, K e Información de soporte H y L. 	<p>Los jóvenes no se conectan. La información de soporte y las fichas son demasiado repetitivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consejos alimenticios. • Introducir temas de asertividad para rechazar ofrecimientos o la presión para consumir. 	
Sesión 8: Conseguir mi reto	<ul style="list-style-type: none"> • No hay que olvidarse de hacer la encuesta. • Fichas J, K y Información de soporte H. 	<p>Es fundamental para la evaluación de la efectividad. La información de soporte y las fichas son demasiado repetitivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de los motivos para mantenerse abstinentes. • Se debería trabajar más a fondo el proceso que lleva a una recaída y qué hacer. 	<p>No sólo hay que dar ánimos sino que deben identificar las señales para prevenir recaídas y cómo afrontarlas.</p>

6.3.3. Observación no-participante de las diferentes sesiones del programa

En la tabla 7 se muestra, finalmente, dentro de la evaluación de proceso, algunos de los aspectos identificados en la observación no-participante de las diferentes sesiones de la intervención. Los aspectos más destacados que emanan de esta observación sistemática son:

- a) Es necesario que el perfil del terapeuta sea el de una persona cercana a los jóvenes y que tiene suficientes habilidades informáticas.
- b) El co-terapeuta ha de reconocerse como un profesional de soporte y se tiene que plantear este rol y su generalización a todos los grupos.
- c) Al inicio de las sesiones no siempre se hace la presentación de lo que se hará y sería conveniente.
- d) Se observan algunos puntos de la normativa de participación que requieren revisarse como si la sesión requiere un mínimo de participantes para celebrarse.
- e) Entre las habilidades del terapeuta se destaca como una de las que marca mayores diferencias las de comunicación, tanto para conectar con los jóvenes, como para conseguir que éstos le vean como auténtico referente.
- f) Entre las incidencias, las más comunes son los problemas tecnológicos o una excesiva discrecionalidad de los terapeutas en modificar alguna actividad o potenciar o suprimir alguna otra.
- g) Los materiales parecen usarse de forma diferente según sean grupos de escolares o universitarios. Debería definirse, a partir de la experiencia, qué puede esperarse en cada caso y las futuras recomendaciones a hacer en ambos tipos de grupos.
- h) Además del tamaño grupal al que ya se ha hecho referencia, en la dinámica grupal es importante favorecer y promover la discusión y reducir los aspectos magistrales.
- i) Se sugieren algunas iniciativas como actividades específicas para aumentar la autoeficacia, no llenar demasiado las sesiones de contenido que impida la participación y la posibilidad de grabar con imágenes algunas sesiones bien realizadas que puedan servir de muestra a otros terapeutas.

Tabla 7 Principales conclusiones y recomendaciones de la observación no-participante sobre las sesiones del programa. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012.

Aspecto analizado	Comentarios
Terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario garantizar que el terapeuta tenga un perfil cercano a los jóvenes, un estilo de comunicación adecuado para no crear barreras con los participantes. Eso se ha podido observar en algunas sesiones de las observadas. • Se ha de garantizar que el terapeuta tenga habilidades para trabajar con el aplicativo informático y pueda resolver dificultades. • Es básico que el terapeuta y el co-terapeuta sean puntuales.
Co-terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • No ha de parecer la secretaria del/la terapeuta, sino un/a profesional de soporte. • No existe en todos los grupos. Se debería hacer una valoración de si conviene que esté siempre.
PROCESO de la sesión	
Presentación de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos no se hace y conviene hacerlo siempre.
Normativa sobre participación	<ul style="list-style-type: none"> • Debería establecerse claramente en la normativa sobre la suspensión del grupo, si éste baja de un número mínimo de participantes, establecido previamente. • Los participantes han de garantizar que se pueden conectar a Internet fácilmente y que tienen habilidades suficientes para defenderse informáticamente solos.
Preparación de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Han de romper más la barrera con los participantes en la primera sesión. • Es conveniente que estén muy familiarizados con el programa informático y que conozcan las fichas de los participantes y todo lo que es información de soporte. • Hay que tener habilidades de comunicación para motivar a los miembros del grupo que no participan. • Hay que ser rápidos y dar argumentos convincentes, ser ágiles en las respuestas, en los argumentos cercanos a los jóvenes, sin que parezca que sean muy preparados o rebuscados. Hay que reconducir la sesión de forma ágil. Se necesitan mensajes claros y sugerir alternativas. Se hace uso de una estrategia interesante y efectiva: el terapeuta presiona un poco, deja que se relajen, presiona de nuevo... deja que se dé la respuesta de los iguales que refuerza la suya.

Tabla 7 Principales conclusiones y recomendaciones de la observación no-participante sobre las sesiones del programa. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012 (cont.).

Aspecto analizado	Comentarios
Incidencias	<ul style="list-style-type: none"> • En la actividad de compromiso, hay que clarificar su importancia y la necesidad de firmarlo. • En las ventajas e inconvenientes, hay que insistir en que salgan ventajas de dejar de fumar a corto término y dificultades también a largo término. • Hay problemas informáticos que se han de resolver (problemas con la entrada, desconexiones, no ver la ficha...) • Los participantes no han hecho de una forma sistemática el autorregistro. • El terapeuta y el co-terapeuta no consideran adecuada la actividad del caza-firmas para el grupo y no la hacen. • El recordatorio sobre qué hacer en situaciones de riesgo lo encuentran muy repetitivo. • A pesar de que el grupo quiere hacerlo, la respiración y relajación se plantean como opcionales. • Hay que hacer un pequeño resumen de lo que se hará en la próxima sesión. • La conexión es primero correcta, pero después el terapeuta se ha de cambiar de ordenador, tiene problemas de conexión con el chat y esto interrumpe un poco la sesión. Hay que tener diferentes contraseñas por si pasa esto. • Dos personas se marchan del chat y en la pantalla siguen apareciendo.
Utilización de los materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesaria una rápida identificación y localización del material. • Se percibe una dificultad de acceso a los materiales. • Los dípticos de respiración y relajación han sido muy útiles. • Conviene aclarar si es necesario utilizar los materiales y actividades propuestas o son orientativas. • Se aconseja colgar otros documentos orientadores o de refuerzo cuando sea necesario.
Dinámica de grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que favorecer y promover la discusión y reducir las partes magistrales. • Se ve a los participantes mucho más cómodos que a los terapeutas en el entorno informático. • En algunas sesiones no se ha llegado a conseguir una dinámica de grupo. • Es básica una buena relación entre participantes y equipo terapéutico y viceversa. • Es muy complicado hablar de dinámicas de grupos cuando sólo hay dos personas...

Tabla 7 Principales conclusiones y recomendaciones de la observación no-participante sobre las sesiones del programa. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012 (cont.).

Aspecto analizado	Comentarios
Otros comentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Falta una actividad que motive e incremente la autoeficacia de los participantes (armas y potencialidades para conseguir los objetivos planteados). • En algún grupo los participantes insisten en que prefieren la presencialidad. • La presencia del observador puede haber distorsionado el grupo, ya que las terapeutas lo han presentado como el responsable del proyecto. • Como van apareciendo a lo largo de la sesión otros aspectos sobre los que hablar, conviene que la sesión no esté muy llena. • Algunas terapeutas comentan que fuera de la sesión no tienen demasiado tiempo para mirar el programa, foro, etc. • Hay que insistir en la importancia de que se envíe el recordatorio de la sesión. • Conviene que los participantes se sientan apoyados pero no presionados para dejar o continuar sin fumar. • Cuando el programa ya está avanzado (3 meses) y no se plantea otra sesión hasta dentro de otros 3 meses, los participantes piden una forma de contactar con la terapeuta en caso de necesidad. • El terapeuta da mensajes diferentes para cada participante, adapta su contenido y manera de hablar. • Sería interesante que las conversaciones, los argumentos, los mensajes (de forma anónima) pudieran quedar grabadas, ya que serían ejemplo y modelo para otros terapeutas.

6.4. Evaluación de la efectividad de la intervención

6.4.1. Tasa de incidencia acumulada de cesación y reducción, según etapa educativa

En la tabla 8 se presentan los principales resultados relacionados con la efectividad de la intervención de los que se dispone provisionalmente en el momento de redactar este informe. Con la intervención finalizada hace algunas semanas, algunos de los valores que se ofrecen a continuación pueden modificarse todavía en las próximas semanas, ya que todavía no ha sido posible establecer contacto con todos los controles y por tanto hay que tomar estos datos como provisionales.

En el grupo intervención el total de participantes que habían cesado al final de la misma era de 28 (29,2%) del total de 96 personas expuestas a la intervención. En cambio la incidencia acumulada de cesación en el grupo control era de 7 (10%) del total de 70 controles no expuestos a la intervención. Esto representa una diferencia de incidencias de 19,2 y una razón de incidencias de 3,2, es decir por cada persona que deja de fumar en el grupo control, lo dejan 3 entre los que han realizado el programa. Cuando observamos estas diferencias según etapas educativas vemos que la diferencia entre grupos es mucho menor en los escolares, tan solo de 3,2, que en los universitarios que es de 34,5. A la espera de disponer de todos los datos definitivos, posponemos el cálculo definitivo de la significatividad real de estas diferencias y pronunciarnos más rotundamente sobre la efectividad de la intervención, pero es obvio que apuntan en esta dirección.

En lo que respecta a la incidencia acumulada de reducción, el valor fue de 14 nuevos casos en el grupo intervención (14,6%) por tan solo 4 (5,7%) en el grupo control. Eso supone una diferencia de incidencias del 8,9 y una razón de incidencias para la reducción de 2,6 y por tanto que reducen entre dos y tres veces más las personas expuestas a la intervención que las que no la han realizado. Cuando se valoran las diferencias por etapa educativa, en este caso observamos que en los escolares es de 5,2 y entre los universitarios de 11,9. También en este apartado, los resultados apuntan a una efectividad de la intervención para conseguir el objetivo complementario de la reducción del número de cigarrillos diarios fumados.

Del total de 166 jóvenes participantes en el proyecto 54 (32.5%) eran consumidores de tabaco y cánnabis, de los cuales 22 (40.7%) iniciaron la intervención en alguno de los 16 grupos formados mientras que 32 (59.3%) no iniciaron la intervención, pasando a formar parte del grupo control.

El total de jóvenes que finalizaron la intervención habiendo cesado o reducido su consumo fue de 42 (43.8%), de los que 28 (29.2%) estaba abstinentes y 14 (14.6%) había reducido. De los 28 jóvenes abstinentes 23 (82.1%) eran fumadores exclusivos de tabaco mientras que 5 (17.9%) eran fumadores de tabaco y cánnabis. Respecto a los 14 participantes que redujeron su consumo 11 (78.6%) eran consumidores exclusivos de tabaco y 3 (21.4%) consumidores de tabaco y cánnabis.

Tabla 8 Tasa de incidencia acumulada de cesación y reducción del consumo de tabaco, según etapa educativa. Proyecto Paso de Fumar. Barcelona, 2012.

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE CESACIÓN (TIAC)

	Escolares		Universitarios		Total	Diferencia en TIAC	Razón Incidencias ^c	de
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a			
Grupo Control	7	17.9	0	0.0	7	10.0		
Grupo Intervención	8	21.1	20	34.5	28	29.2	19.2	3.2

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE REDUCCIÓN (TIAR)

	Escolares		Universitarios		Total	Diferencia en TIAR	Razón Incidencias ^c	de
	N ^b	%	N ^b	%	N ^b			
Grupo Control	2	5.1	2	5.3	4	5.7		
Grupo Intervención	4	10.3	10	17.2	14	14.6	8.9	2.6

^aNúmero de fumadores deshabituados (numerador) entre fumadores que se exponen a la cesación (denominador)

^bNúmero de fumadores que reducen su consumo (numerador) entre fumadores que se exponen a la cesación (denominador)

^cRazón de incidencias (relación entre fumadores deshabituados en ambos grupos)

7- Conclusiones y limitaciones

7.1. Reclutamiento y selección

A la vista de los resultados obtenidos en la evaluación de proceso, las principales conclusiones son:

1. A lo largo del proyecto, las jornadas de sensibilización y las cooximetrías se han consolidado como un método de utilidad para el acercamiento a los jóvenes fumadores, tanto escolares como universitarios.
2. Entre los universitarios es mayor el porcentaje que se muestra interesado en la cesación que entre los escolares.
3. No existen diferencias entre los escolares y universitarios interesados en la cesación que acuden a las sesiones de selección.
4. Una vez seleccionados para participar en los grupos, dos de cada tres universitarios inicia la intervención.
5. Asimismo, uno de cada dos escolares seleccionados se incorpora a la intervención.

Por otro lado, se ve entre las limitaciones:

1. Los limitados recursos humanos y económicos han dificultado la posibilidad de realizar un mayor número de jornadas de reclutamiento y selección, así como una mejor organización de los mismos.
2. El tiempo entre el primer contacto con los participantes y el inicio de los grupos ha sido en ocasiones demasiado largo, favoreciendo el abandono de la intervención de algunos participantes.
3. La no existencia de cultura en la cesación del consumo en jóvenes ha dificultado el proceso.
4. Los inesperados problemas informáticos a la hora de realizar la selección complicó la recogida de datos de algunos participantes

7.2. Evaluación de proceso de la intervención

A la vista de los resultados obtenidos en la evaluación de proceso, las principales conclusiones son:

5. Lo que más valoran los participantes es el grupo y la posibilidad de explicar sus expectativas, sus miedos y sus dificultades.
6. Los participantes refieren su desagrado cuando los demás compañeros del grupo no cumplen y no asisten a las sesiones.
7. Los terapeutas valoran positivamente la dinámica de grupo establecida y la relación con los participantes.
8. Los terapeutas también destacan los aspectos informativos y la claridad de los menús del aplicativo informático, así como la variedad de posibilidades que ofrece para el seguimiento de los participantes (mensajes SOS,

mensajes sms, mensajes de aviso) junto a las llamadas telefónicas y el correo electrónico.

9. La mayoría de los terapeutas volvería a aplicar el programa en el futuro.
10. Los terapeutas creen en la eficacia del programa y refieren la satisfacción de los jóvenes, una vez están enrolados en él.
11. Los terapeutas sugieren aumentar el tiempo dedicado a psicoeducación (dificultades del proceso, anticipación del "síndrome de abstinencia de la nicotina" (SAN),...).
12. La observación no-participante destaca que las dos cualidades más necesarias del terapeuta han de ser la proximidad a los jóvenes y las habilidades de comunicación para conseguir ser su referente.

Por otro lado, se ve entre las *limitaciones*:

1. El aplicativo informático y los instrumentos de seguimiento han tenido un uso muy irregular por los participantes de las escuelas.
2. El tamaño irregular de los grupos es referida como la principal limitación por parte de los terapeutas.
3. El dominio de las técnicas informáticas ha sido muy variable entre los terapeutas de los diversos grupos.
4. Los terapeutas consideran que los materiales del programa son muy útiles, pero su uso por los participantes de las escuelas ha sido menor de lo planificado.
5. Se remarca las dificultades en el reclutamiento y en la selección y la escasez de medios económicos y humanos en esta fase.
6. Se destacan las dificultades tecnológicas en la conexión del aplicativo informático, ya sea al inicio o en la sesión de chat, como uno de los principales inconvenientes a lo largo de la intervención.
7. Las sesiones demasiado llenas de contenidos se han manifestado como un obstáculo para una suficiente participación de los miembros de cada grupo.

7.3. Evaluación de la efectividad de la intervención

A la vista de los resultados obtenidos en la evaluación de proceso, las principales *conclusiones* son:

1. Un número mayor de universitarios que de escolares consigue el éxito en la cesación del consumo de tabaco o de tabaco y cannabis conjuntamente.
2. La cesación espontánea parece ser mayor entre los escolares que en los universitarios.
3. El éxito en la reducción también es superior entre los universitarios que entre los escolares.
4. Los datos provisionales apuntan a la efectividad de la intervención para conseguir la cesación, por cuanto por cada participante que cesa espontáneamente en el grupo control, abandonan el consumo 3 a causa de la intervención.

5. Igualmente por cada participante que reduce de una forma espontánea en el grupo control, entre 2 y 3 personas del grupo intervención consiguen el objetivo de la reducción.
6. Un tercio de los jóvenes participantes en el proyecto eran consumidores de tabaco y cannabis, de los cuales cuatro de cada diez iniciaron la intervención.
7. Los resultados muestran que entre los consumidores de ambas drogas el abandono de la intervención es mayor respecto a los consumidores exclusivos de tabaco.
8. La proporción de jóvenes que consiguen la cesación o la reducción del consumo de ambas drogas es menor que en aquellos que sólo consumen tabaco.

Por otro lado, se ve entre las limitaciones:

1. Las dificultades en el reclutamiento y la selección también influyeron en la obtención de grupos más reducidos de participantes, desmotivando a alguno de los jóvenes y propiciando su abandono.
2. Los grupos reducidos tuvieron un mayor riesgo de deshacerse, ya que la adherencia a la intervención se ve minvada.
3. Se ha detectado una necesidad de mayor énfasis en aspectos motivacionales, incidiendo en la psicoeducación, en las sesiones iniciales de la intervención.
4. La dificultad para encontrar horarios comunes a todos los participantes para la realización de las sesiones propició que algunas sesiones tuvieron que ser pospuestas.
5. Las bajas de última hora a la asistencia a las sesiones y en ocasiones la no comunicación de la no asistencia complicó el proceso de contacto para los terapeutas.
6. Algunos terapeutas han tenido dificultades para aceptar la forma de funcionamiento de la población adolescente-joven, afectando este hecho a la evolución del participante en el grupo.

8- Recomendaciones de buenas prácticas

La mejora en el conocimiento del proceso de cesación del consumo de tabaco y de cannabis en los jóvenes y su viabilidad permite elaborar recomendaciones sobre las buenas prácticas de intervenciones de prevención indicada de estos consumos en el contexto general de la prevención de drogodependencias dirigidas a los jóvenes. Ayuda a situar mejor las intervenciones preventivas, detalla información sobre los perfiles de los y las jóvenes que se exponen más frecuentemente al riesgo del consumo y también ayuda a entender las circunstancias de entorno susceptibles de modificación para mejorar el éxito de estas estrategias.

8.1. Reclutamiento y selección

El proceso de reclutamiento se perfila como uno de los puntos críticos en la creación de los grupos de cesación, ya que se trata de jóvenes que son abordados en su ámbito natural, muchos de ellos en fase no contemplativa del proceso de dejar de fumar. Por ello es fundamental la planificación a conciencia de estas jornadas. El contacto inicial con el centro educativo en el que se realizará la captación, tener una persona referente en el centro para facilitar todo el proceso, la ubicación de la mesa de cooximetrías en una zona estratégica de paso del alumnado son algunos de los puntos básicos a tener en cuenta. Por otro lado es fundamental la correcta elección de la fecha de la jornada, evitando que coincida con épocas de exámenes, semanas de descanso o fechas cercanas a la finalización de las clases.

Asimismo es importante que los procesos de reclutamiento y selección no estén muy diferidos en el tiempo, ya que los jóvenes suelen cambiar de opinión con frecuencia, cambiando sus prioridades con el paso del tiempo. El tiempo destinado al reclutamiento y la selección ha de ser breve, ya que los jóvenes son abordados en el transcurso de su actividad diaria y no suelen disponer de mucho tiempo. Esto implica que ambos procesos estén perfectamente definidos, organizados y con todos los materiales e instrumentos necesarios preparados para ser puestos en práctica.

8.2. Terapia grupal y validación de la conducta

La terapia de grupo ha sido reconocida desde hace tiempo como la estrategia más efectiva en la cesación del consumo de tabaco y cannabis en los jóvenes. El programa Paso de Fumar intento combinar este aspecto emanado de la evidencia con la combinación de otros métodos emergentes, como el uso de medios informáticos y de Internet, así como las llamadas telefónicas y los mensajes de sms, para lo que no se ha establecido aún suficiente evidencia.

A partir de los resultados de la evaluación de proceso de este proyecto se puede apreciar que la terapia grupal es muy apreciada tanto por los terapeutas como por los participantes, pero subyacen dos recomendaciones que cabe tener

presente para aumentar, tanto la satisfacción como la propia potencialidad de esta estrategia:

- el tamaño de los grupos: normalmente se sitúa en los 12 participantes el número ideal de miembros de un grupo terapéutico. En el caso de los grupos de jóvenes debido al aumento de las dificultades de adherencia al grupo, sobre todo por la asistencia irregular de sus miembros y a una mayor atricción en la incorporación al grupo después del proceso de selección, se recomienda que la formación inicial e los grupos se planifique en 15 a 18 miembros. La realidad nos indica una insatisfacción entre los propios jóvenes por la falta de asistencia de los compañeros, como por la progresivo reducción del tamaño grupal.
- El contenido de la sesiones: el programa había previsto un plan muy pautado de las 8 sesiones, con lo que los participantes han manifestado en varios casos más tiempo para participar y los terapeutas su insatisfacción por no cumplir con todos los objetivos de las sesiones específicamente en las primeras fases del proceso. Se aconseja que haya una parte de las sesiones pautada y con actividades para suscitar la participación y otra más flexible que permita al terapeuta adecuar los contenidos a la respuesta de los miembros del grupo.

Entre los aspectos de rigor de todo proceso de evaluación están los relacionados con la validez de los resultados. En este caso se trata de verificar en lo posible que los datos de declaración de la variación en el consumo en personas que están en un proceso de abandono de la adicción se correspondan con la realidad. Para el consumo de tabaco, desde hace tiempo se utiliza la cooximetría y en Paso de Fumar se ha utilizado en la selección, en la primera sesión para enrasar las cifras al inicio del proceso, en la cuarta sesión o primera en que los participantes vienen sin fumar, en la sexta sesión un mes después de dejar de fumar y en la octava y última sesión, a los seis meses de haber dejado de fumar. Al permitir Paso de fumar el abandono conjunto del consumo de tabaco y cannabis, como se ha indicado en páginas precedentes , se ha investigado en el proyecto sobre la posibilidad de validar la autodeclaración del consumo de cannabis con una prueba de determinación de tetrahidrocannabinol en una muestra de cabello. Como se ha mostrado en un apartado previo, la determinación es muy útil, pero se ha encontrado con algunas dificultades que ponen algunas sombras en su recomendación:

- un coste elevado de 130€ por muestra, ya que la determinación exige un contraanálisis y, por tanto, dos determinaciones por cada muestra;
- la dificultad añadida del estudio seriado, es decir como con la cooximetría, poder contar con un mínimo de dos muestras por participante (idealmente tres, la inicial, después de la cesación y al final). Como se ha visto anteriormente, esto se puede conseguir en pocos casos, porque una mayoría de los consumidores de ambas sustancias abandonan con mayor frecuencia la intervención que los consumidores de sólo tabaco.

Por este motivo, y con los datos de este proyecto, convendría avanzar todavía con estudios con una casuística mayor para poder hacer la recomendación de la determinación de cannabis en cabello como un instrumento costoefectivo para estas intervenciones.

8.3. Materiales y programa informático “Paso de fumar”

Realizar una buena evaluación de proceso permite mejorar los materiales utilizados en la intervención adaptándolos a sus usuarios/as (jóvenes y terapeutas), e incluso proporciona información relevante a la hora de trasladar la intervención a otras poblaciones similares.

El objetivo final de este estudio es la realización de una exhaustiva evaluación de proceso que permita comprobar si los resultados obtenidos sobre la conducta de consumo de los/las jóvenes se relacionan de manera estadísticamente significativa con el tipo de implementación realizada. En el momento de cerrar este informe, a tan sólo unas semanas del final de los últimos grupos, no se ha podido obtener indicadores resumen y específicos de la implementación de la intervención que permitan saber los participantes que han realizado una intervención “aceptable” (haber llegado abstinentes a la cuarta sesión, bien sea en el primer intento o en el segundo, en el caso de haber precisado un nuevo día “D”) y cuáles han realizado una intervención “cualificada” tras haber realizado un mínimo de 6 sesiones del programa y haber llegado abstinentes a la última sesión. Se remite a las publicaciones del proyecto en los próximos meses para conocer estos datos y su influencia sobre la efectividad de la intervención.

Los materiales incluidos en el proyecto han sido fundamentalmente dos, como se ha explicado en el apartado correspondiente: la carpeta de fichas para seguir la terapia grupal y el programa informático. Sobre la carpeta de fichas, se ha manifestado como muy útil para los terapeutas en las primeras sesiones para ordenar y ayudar a visualizar a los participantes el itinerario y el alcance de las acciones a seguir. La respuesta del uso de los materiales ha sido mucho más desordenada en el caso de los escolares y la entrega de nuevas fichas por cada sesión ha resultado ser más inconveniente que un formato tipo libreta donde esté todo el material contenido, que es lo que parece que demandan los terapeutas al final. En cualquier caso y, al margen de la mayor irregularidad de su uso de unos grupos a otros, conviene recordar que la evidencia establece que la existencia de materiales gráficos dirigidos a los participantes ayuda a la visualización de los objetivos, retos y actividades y acaba influyendo en la efectividad. Con el tiempo es posible que en esta población joven acabe siendo más efectivo reducir el material impreso al mínimo indispensable y concentrar el resto en forma de material digital, al que se puede acceder con un paso más del programa informático.

Por último, incluir la opinión de los/las jóvenes en la evaluación permite conocer sus preferencias respecto a los temas preventivos y de esta manera diseñar materiales que les son más cercanos y, por tanto, les prestarán más atención.

8.4. Efectividad de la intervención preventiva

El acercamiento a los jóvenes fumadores en su entorno habitual se muestra, a priori, de utilidad para motivarlos a intentar la deshabituación del consumo de tabaco y/o cánnabis, siendo más efectivo en los jóvenes de edades superiores así como en los consumidores exclusivos de tabaco. Se ha puesto de manifiesto la

necesidad de dar a los jóvenes la posibilidad de disponer de herramientas y ayuda motivacional para intentar dejar de fumar.

Es importante remarcar que es una intervención coste-efectiva ya que, a pesar de ser un proyecto que ha representado un importante esfuerzo humano por parte del equipo investigador, en términos económicos el balance es muy positivo.

Los resultados preliminares obtenidos hasta el momento parecen indicar que la intervención "Paso de fumar" es efectiva para conseguir la cesación y/o reducción del consumo de tabaco y cánnabis en jóvenes escolares y universitarios. Esto hace que, de confirmarse estos resultados una vez concluida la evaluación, la intervención planteada en este estudio se perfila como un avance importante en la ayuda a los jóvenes para conseguir que dejen de fumar en sus inicios del consumo. No obstante, el avance del estudio, cuya finalización está prevista para las próximas semanas, permitirá confirmar la consistencia de estos datos así como conocer la efectividad de la intervención.

9. Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado

Nombre _____

alumno/a de _____ curso de _____ en la

escuela/ facultad y universidad _____

DECLARO conocer que:

- 1- El proyecto en el que se me propone participar es un proyecto de investigación de la efectividad de una intervención nueva para dejar de fumar tabaco y cánnabis.
- 2- El programa PASO DE FUMAR que compone esta intervención es una de las escasas intervenciones dirigidas a jóvenes en este campo y necesita experiencia para demostrar que funciona, motivo por el que se ha diseñado esta investigación.
- 3- El hecho de ser seleccionado en el programa me da derecho a tomar parte en la intervención en uno de los dos turnos de funcionamiento previstos, bien a partir del próximo mes de febrero, bien a partir del mes de octubre del año próximo, en un nuevo curso lectivo.
- 4- La adscripción a uno de estos dos turnos será por sorteo y me será comunicado dentro de los dos próximos meses.
- 5- Acepto la participación en las exploraciones que me propone el equipo de responsables del programa, incluida la práctica de una cooximetría para la determinación del CO presente en el tabaco y de la recogida de una muestra de cabello para determinación del nivel de cánnabis.
- 6- La participación , tanto en las exploraciones como en el programa, no supone ningún riesgo para mi salud, y sí una ayuda para el abandono de los hábitos tóxicos derivados del consumo de tabaco y/o de cánnabis.

Por todo ello:

Acepto participar en el programa y doy mi consentimiento para ello, firmando este documento.

No acepto participar por:

Firma del interesado/a

Toda la información recabada a lo largo del proyecto será protegida de acuerdo con los procedimientos de almacenamiento de datos previstos en la ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal [LOPD]).

