

## Tabaquismo en pediatría: prevención en adolescentes

Eugenio de la Cruz Amorós. Pediatra. Alicante.

SEDET (Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo)

Debido a la magnitud y relevancia del problema del tabaquismo, los pediatras estamos obligados a preocuparnos y ocuparnos con más intensidad de este asunto. No basta con saber los perjuicios del tabaquismo, tenemos la obligación de implicarnos mucho más y, como en tantas ocasiones, tratar de dar soluciones de raíz. El enfoque del problema del tabaquismo debido a sus diversos aspectos (político, económico, social y sanitario) es multidisciplinar, si bien los pediatras tenemos la oportunidad de estar muy en contacto con el inicio del problema -los adolescentes- por lo tanto debemos intentar "vacunar" a los jóvenes con el fin de ayudarles a que mejoren su respuesta frente al tabaco. Pero esto sería quedarse corto, se debe hacer mucho más y tal vez podríamos actuar sobre tres grandes campos: a) el tabaquismo en los pediatras, b) los niños como fumadores pasivos y c) el inicio en el consumo de tabaco.

a) No hay muchos estudios de la prevalencia del **tabaco en pediatras** españoles (1), en el año 1996 sobre una muestra de 313 pediatras de toda España se halló que fumaban el 24,3% (mujeres 23% y hombres 25,5%), el 32,6% son exfumadores. Asimismo, en el 37,4% de los casos se afirma realizar programas contra el inicio del consumo y el 39,9% aseguran que hacen campaña contra los fumadores pasivos. Uno de los datos más interesantes del estudio es el hallazgo de que los pediatras que más fuman son los que menos aconsejan sobre los peligros del tabaco en los niños (fumadores pasivos). En comparación con otras especialidades los pediatras son los que presentan una prevalencia menor, este hecho nos sitúa en un buen punto de partida para que nuestras acciones tengan más credibilidad ya que **el ejemplo modélico es un factor determinante ante la sociedad.**

b) Referente a los **niños como fumadores pasivos**, no hay duda que es uno de los problemas principales dentro del quehacer diario del pediatra. La literatura científica se ha volcado sobre el tema y la cantidad y calidad de publicaciones avalan el perjuicio del tabaco ya sea a nivel prenatal o postnatal (2,3,4), y no solamente eso si no el gasto de tiempo y dinero debido al incremento del volumen asistencial hospitalario o ambulatorio (5), al gran consumo de medicamentos y a perpetuar la patología respiratoria alérgica, entre otros problemas.

c) El gran capítulo del **inicio del consumo en los adolescentes** es uno de los más interesantes por lo que de reto personal supone. El ambiente familiar tabáquico, sobre todo los hermanos fumadores, la presión de

grupo y los maestros de la escuela son patrones vivos e inevitables a seguir por el joven. Las películas, televisión, radio y la publicidad en general son circunstancias evitables en teoría pero no en la práctica. La **publicidad en el tabaco** sirve exclusivamente por el **reclutamiento en masa** de los jóvenes y el mantenimiento de esta adicción (6,7). La publicidad de las vallas, los artículos promocionales, las revistas de jóvenes, los eventos deportivos de masas, etc. tal vez sean los más dañinos. En la adolescencia el joven busca modelos de vida atractivos, necesita adultizarse y eso es lo que le ofrece la publicidad, ser seductor/a, genuino, bondadoso (0,7%), aventurero, compartir la sonrisa, etc. Hay que actuar antes de que llegue a este punto, hay que explicarle a lo que se va a enfrentar, hay que darle argumentos para que elija correctamente (si/no al tabaco), en definitiva motivarle para que no se inicie, ya que a estas edades la motivación para el abandono es muy débil aunque le razonemos el lado positivo del mismo: dientes más blancos, desaparición de la halitosis, dedos amarillos, menos arrugas, gasto económico, desaparición de la tos y mayor rendimiento deportivo.

Apoyándonos en estas premisas se realizó una intervención comunitaria en adolescentes de 12 a 15 años de ambos sexos, escolarizados en colegios públicos y privados de la zona de Elche (Alicante) con el objetivo de valorar la eficacia de una **sesión educativa** para intentar **disminuir el consumo de tabaco**. En total participaron **1302 alumnos**: 54,3% recibió educación sanitaria y el resto sirvió como grupo control. Se realizó educación sanitaria durante dos horas, clase por clase, siendo el eje central "**la publicidad en el tabaco**". Se trataba de explicar los métodos utilizados para promover esta adicción. Se evaluó con un diseño pretest-postest para calcular la eficacia inmediata. Al año se cumplimentó un cuestionario con el fin de observar la persistencia del efecto inicial y compararlo con el grupo control.

Algunos de los resultados encontrados fueron los siguientes: el 69,9% de los adolescentes vive en un ambiente tabáquico y fuma el 19,4%. Piensan que no fumarán cuando sean adultos el 48,5%. La existencia de un hermano fumador influye más en la predisposición a ser fumador que el hecho de que fumen los padres. La sesión educativa **mejoró** mucho / bastante los **conocimientos** sobre el tabaco del 81,8%, apreciándose importantes cambios sobre la intención de fumar y la per-

cepción sobre el tabaco de forma inmediata. **Al año** de la intervención el incremento de fumadores en el grupo con educación sanitaria fue de 3,8% y en el grupo control de 8,8% ( $p=0,007$   $OR=0,71$ ). El 83,3% de los que recibieron la sesión educativa consideraban que el principal objetivo de la publicidad es inducirnos al consumo, en el grupo control lo creen el 48,8% ( $p=0,0001$   $OR=5,4$ ).

En resumen la **educación sanitaria** cara a cara es un **método eficaz** para resistir la presión publicitaria y disminuir el consumo futuro de tabaco en adolescentes. De igual forma, pensamos que el programar sesiones educativas periódicas y a edades menores beneficiaría aún más que los jóvenes pudieran defenderse de los factores de riesgo para iniciarse en esta adicción.

Son muchas las sociedades científicas que se ocupan del problema, los pediatras no solo tenemos que ser **permanentes defensores del niño frente al tabaco** sino pasar a liderar de forma constante, organizada y convincente cualquier tema relacionado con el tabaquismo en la edad pediátrica; la sociedad cree en el consejo del pediatra y confía en él, ya que en cierta forma, de él depende la salud de su hijo, por eso la sociedad espera una **respuesta activa** de nosotros (8).

## **BIBLIOGRAFIA**

1. – De la Cruz Amorós E y Monferrer Fábrega R. Estudio del hábito de fumar en los pediatras: una aproximación a la realidad. Arch Pediat 1996; 47: 325-331
2. - Neumomadrid. Tabaquismo pasivo en la infancia. ED: El defensor del menor en la comunidad de Madrid. Madrid 1999.
3. - Galván Hernández C, Díaz Gómez MN, Suárez López de Vergara RG. Exposición al tabaco y patología respiratoria en la infancia. Rev Esp Pediatr 1999; 55: 323-327.
4. - Horta BL, Victoria CG, Menezes AM, Halper NR, Barros FC. Low birth weight, preterm birth and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking. Pediatr Prenat Epidemiol 1997; 11: 140-151.
5. – De la Cruz E, Giménez P, Moreira I, Miranda M y Monferrer R. Fumadores pasivos menores de dos años: un grave problema asistencial. Arch Pediat 1994; 45: 439-445.
6. – De la Cruz E, García M, Prieto M, Tuells JV y Monferrer R. Tabaco y adolescencia: epidemiología y prevención. Estudio piloto. Arch Pediat 1997; 48: 181-187.
7. – De la Cruz E. Publicidad, tabaco y adolescencia: el inicio del fin. Viure en Salut nº 40. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. Septiembre de 1998.
- 8) De la Cruz Amorós. Tabaquismo en Pediatría. An Esp Pediatr 2000; 53: 164-165.