

Consumo de tabaco en la adolescencia: Un modelo de atención

Dr. Ramiro Amato*

Resumen

Estamos asistiendo a un incremento importante en el número de niños y adolescentes fumadores. El pediatra que atiende adolescentes debe tener una participación activa en la prevención y el tratamiento de este problema de salud. Trataremos de desarrollar argumentos para sostener estas premisas basándonos en los trabajos que presentan evidencias suficientes y aportando nuestra experiencia en los consultorios del Centro Rosarino de Estudios sobre Adolescencia (CREA) como ejemplos de acciones de salud posibles y no como técnicas sugeridas de utilización sistemática. Las acciones que se describirán son las que aplicamos en los consultorios ambulatorios del CREA.

INTRODUCCIÓN

Hay evidencias que permiten afirmar que estamos asistiendo a un incremento importante en el número de niños y adolescentes fumadores, lo que permitiría hablar de una epidemia de tabaquismo entre nuestros jóvenes.^{1,2}

Como datos que aportan alguna explicación del fenómeno surgen, entre otros:

- Las campañas publicitarias cuyo blanco es el adolescente o el niño.³
- La incorporación masiva de las mujeres al grupo de fumadores de la comunidad.^{2,4}
- La disminución de la edad de inicio en el consumo de tabaco.^{1,5}

Si acordamos definir el fumar con la introducción voluntaria o no de elementos tóxicos derivados del tabaco en el organismo; este concepto es el fundamento para reflexionar sobre un primer gran problema que aqueja a los niños desde la concepción; como es el del fumador pasivo.

Existe suficiente evidencia que permite afirmar que al hacer fumar al producto de la concepción lo exponemos a un mayor riesgo de:

- Bajo peso para la edad gestacional.
- Prematurez.
- Alteración de la función y maduración pulmonar.

Los tres puntos anteriores inciden en el aumento del riesgo de muerte neonatal del hijo de madre fumadora.¹

Además, hay evidencia de que la nicotina pasa a la leche materna.

Cuando los niños son fumadores pasivos se puede afirmar que están expuestos a desarrollar: disminución de la pequeña vía aérea, de la función pulmonar, de la velocidad de crecimiento pulmonar⁶ y aumento de la incidencia de asma.⁷

En los pacientes asmáticos actúa como factor agravante y desencadenante del ataque de asma agudo.^{6,7}

Además, produce aumento de la incidencia de infecciones respiratorias, bronquitis, neumonitis, neumonías y otitis,^{6,7} y está relacionado positivamente como factor de riesgo de muerte súbita infantil.⁷

El fumador pasivo tiene mayor riesgo de adquirir el hábito de fumar.^{8,9} El crecimiento dentro de una familia fumadora aumenta 4 veces el riesgo de devenir fumador, esto está relacionado directamente con la cantidad de familiares que fuman.

Un segundo punto de reflexión con respecto al hábito de fumar, es que si bien las mayores manifestaciones o deterioros de la salud se producen en la edad adulta, el hábito comienza en la pre-adolescencia y aumenta y se consolida en la adolescencia y el comienzo de la edad adulta. Por lo tanto, como consecuencia de la consideración de los siguientes datos^{5,10,11} se lo debe considerar un problema pediátrico: el 90% de los fumadores adultos fumaba a los 20 años, más de la mitad de los fumadores son adictos a los 18 años,¹² un tercio de los que empezaron

* Centro Rosarino de Estudios sobre Adolescencia.

Correspondencia:
Zeballos 1924 (2000)
Rosario, Argentina
e-mail:
figama@citynetnet.ar
website:
www.qdm.com.ar/iracian

a fumar en la adolescencia sufrirán, eventualmente, de enfermedades relacionadas con el fumar.

Estos datos convierten al tabaquismo, en números, en uno de los problemas de salud más importantes de los relacionados con el uso de sustancias.

PAUTAS GENERALES PARA EL ACCIONAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sobre un total de 1.953 consultas de pacientes de 10 a 25 años (media: 14,7 años) con 53% de mujeres, que concurrieron a los consultorios externos del Centro Rosarino de Estudios sobre Adolescencia (CREA), durante los doce meses del año 1997, 67% habían experimentado el consumo de tabaco y 23% habían devenido en fumadores habituales.

En el CREA acordamos medidas de intervención porque consideramos que es necesaria una actitud activa del médico frente al hábito de fumar.

Es en la adolescencia donde se llevan a cabo procesos psicosocioculturales definidos como individuación, sociabilización e independización.

Es en esta etapa cuando, junto con el proceso de sociabilización (definido como el proceso por el cual el individuo aprende a adoptar los distintos modos, ideas, creencias, valores y normas de su cultura incorporándolos a su personalidad) se consolidan los hábitos y actitudes culturales que persistirán en la edad adulta y, por lo tanto, existen oportunidades de intervención que deberían ser aprovechadas.

Resulta sorprendente encontrar adolescentes en quienes ningún médico ni integrante del equipo de salud haya hecho explícita, simplemente y con claridad, la idea de que fumar es perjudicial, así como que, al adolescente fumador no se le aclare que existen medios para dejar el hábito y que el médico pediatra lo puede asistir.

El tabaquismo no es una enfermedad, es un problema de salud complejo y si estamos entrenados como especialistas en curar "órganos enfermos", cuando es necesario abordar problemas de salud de seres humanos integrales e integrados a un medio, es evidente la falta de entrenamiento.

Por otra parte, conviene recordar y acor-

dar con el adolescente que somos personas libres y, por lo tanto, responsables. Esta libertad nos permite elecciones de las cuales debemos hacernos responsables; no estamos obligados a hacer muchas cosas, entre ellas, no estamos obligados a fumar, no estamos obligados a aceptar el cigarrillo, la droga o el alcohol que se nos ofrece.¹³

Esto se relaciona con algo muy importante en el manejo general de la salud integral del adolescente: la transferencia de la responsabilidad de su cuidado de la familia a nuestro paciente.

MODELO DE INTERVENCIÓN EN PEDIATRÍA AMBULATORIA¹⁴⁻¹⁷

Podemos acordar con otros autores en un modelo que describe cuatro estadios en la iniciación y desarrollo del uso del tabaco por adolescentes.¹⁴

1. Construcción de actitudes y creencias sobre el tabaco.
2. Etapa de probar y experimentar.
3. Uso ocasional y luego regular del tabaco.
4. Desarrollo de la adicción a la nicotina.

Primera etapa: Construcción de actitudes y creencias sobre el tabaco

En el CREA utilizamos la consulta con el adolescente (por cualquier patología) para tratar los siguientes mensajes:

1. Aclarar la relación entre tabaco y otras drogas, diferenciándolas para lograr credibilidad por parte del adolescente. Nadie duda de que el abuso de tabaco produce daño al aparato respiratorio y también al cardiovascular, pero no opera significativamente sobre el comportamiento personal y social, ni altera la percepción de la realidad, como ocurre con el abuso de alcohol, psicofármacos y sustancias ilegales.¹³
2. Por otro lado, como otras drogas la nicotina crea dependencia y la fantasía del adolescente que abandona el hábito cuando lo desee debe ser conceptualizada como tal, es decir, como una fantasía.^{18,19}
3. Dejar en claro que el fumar no es natural, no es útil y cuáles son los peligros de fumar y los del fumador pasivo.

Si bien la referencia que muestra sólo el tabaco en su nocividad, aparece como exce-

siva y produce rechazo por parte del adolescente, creemos necesario seguir manteniendo el discurso tradicional acerca de la nocividad del consumo del tabaco, pues el concepto de enfermedad se ha relacionado culturalmente con lo que el hábito de fumar significa y eso contribuye a contrarrestar la idea que el tabaquismo puede considerarse normal, útil o no perjudicial.²⁰⁻²²

Segunda etapa: Prueba y experimentación

Conviene identificar al adolescente de riesgo en general como el riesgo particular de devenir fumador.²⁰

Factores personales de riesgo para tabaquismo:

1. Bajo concepto de sí mismo y autoestima más baja que los pares.
2. Creencia que el tabaco es útil en algún sentido.
3. Incapacidad para rechazar la oferta de tabaco.

Factores de riesgo en el entorno del adolescente:

1. Fácil acceso y disponibilidad de los productos del tabaco.
2. Percepción por los adolescentes de que el uso del tabaco es normal o natural.
3. Aprobación por pares y hermanos del uso del tabaco.
4. Falta de contención y de compromiso parental a medida que los adolescentes enfrentan el desafío de crecer.⁹

Se debe preguntar en todas las consultas, por el hábito de fumar.²³

Una vez identificado el paciente de riesgo o aquél que ha probado o tiene intenciones de hacerlo, buscamos discutir el tema y experimentar en forma dramatizada con el adolescente las actitudes a tomar frente a la oferta de cigarrillos y frente al fumar pasivamente.²⁴⁻²⁶

Tercera etapa: uso ocasional y luego regular del tabaco

Aquí es importante el registro en la historia clínica de la condición de fumador.²⁷

Realizamos las intervenciones teniendo en cuenta los períodos de mayor sensibilidad al problema, buscando la motivación del paciente. Por ejemplo, en el tratamiento de enfermedades respiratorias agudas, en el examen predeportivo, etc.

Buscamos que la información compartida sea:

- Veraz.
- Sencilla (mediante la utilización de un lenguaje convincente y comprensible).
- Breve.
- Personalizada: es la única que ha demostrado ser útil, ya sea con un paciente en particular o a nivel grupal con talleres de pequeño número de participantes, ya que se intenta revertir actitudes culturales muy arraigadas en nuestro medio cultural como, por ejemplo: que el cigarrillo tiene alguna utilidad o que el fumar es lo habitual unido a un medio favorecedor entre cuyas características podemos mencionar entre otros: el respeto argentino por el transgresor, la facilidad de acceso y disponibilidad del tabaco, la aprobación del uso del tabaco en los sistemas integrados por el adolescente: pares, hermanos, padres, etc. y las campañas publicitarias con blanco en adolescentes y sus intereses, por ejemplo: (Deportes y Marlboro) la belleza y femineidad (LM), astucia, espíritu de aventura y hombría. (Camel), independencia familiar (Derby), cultura (Paroissienes) etc.
- Modelizadora: Desalentar el ofrecimiento y la aceptación del consumo de sustancias.

Consultorio no fumador: ni los médicos ni el personal del C.R.E.A. fuma en la institución.

Relato personal y veraz de la actitud y la situación del médico tratante con respecto al uso del tabaco.^{14,28}

Cuarta etapa: desarrollo de la adicción a la nicotina

Conviene manejarse con el modelo que distingue dos formas de dependencia:

En primer lugar, la dependencia física relacionada con la nicotina y que se manifiesta como "ansiedad" al bajar el nivel de nicotina en sangre y como un síndrome de abstinencia física al tiempo de suspender el consumo y, en segundo término, una dependencia psíquica relacionada con el hábito de usar el hábito de fumar, asociado con la solución de problemas o situaciones de estrés, por placer, para contactos sociales, etc.

En primer lugar, conviene explicar al

adolescente que existen tratamientos para dejar de fumar y que lo podemos acompañar en esta circunstancia.²⁸

En el caso de optar por responsabilizarse de la situación y pedir ayuda, procuramos intervenir teniendo en cuenta tres aspectos:

- referirse específicamente a aspectos personales de cada paciente,
- enunciar de modo positivo los beneficios a obtener, e
- indicar un curso de acción predeterminado.

“Fumar hace mal a la salud, y te vas a morir más joven si no lo dejás” es un enunciado que no cumple ninguno de los tres requisitos anteriormente expuestos.¹⁴

La intervención consiste en:

1. Dar información

2. Intervención psicológica

Se busca modificar conductas con técnicas basadas en terapia conductual reforzando positivamente los esfuerzos de voluntad (uso de calendario para controlar los períodos de abstinencia, aumento en la medida del flujo pico, mejoramiento en el rendimiento deportivo como estímulos positivos).

En nuestra institución no utilizamos terapias “aversivas” con refuerzo negativo del comportamiento. Nos basamos en el modelo relacional propuesto por la materia Comunicación Humana y Sistemas Humanos y usamos los sistemas de pertenencia como ayudantes terapéuticos.²⁹ Partimos de la definición de paciente adolescente como una entidad plural y natural para buscar un aliado entre de los sistemas humanos ya constituidos, por ejemplo:

- se le comunica a alguien cuya relación privilegie al adolescente la intención de dejar de fumar,
- se busca un aliado telefónico para establecer contacto en situaciones de riesgo de reincidencia,
- se fortalece la relación médico-paciente (apoyo telefónico o por correo electrónico).

Con el mismo modelo se identifican los “saboteadores” del tratamiento y se diseñan intervenciones para anular las interferencias.

3. Actividad física

Consideramos útil la realización física no competitiva como parte del programa, con una capacidad aeróbica submáxima, una duración mínima de 1 hora diaria 5 días por semana durante todo el tiempo que dure el programa de rehabilitación. Con esta medida buscamos prevenir el aumento de peso, obtener una descarga tensional que colabore en la terapia antiestrés y lograr que adolescente tome contacto con su cuerpo.

4. Terapia farmacológica

Como terapia farmacológica preferimos los parches de nicotina. Los usamos en fumadores mayores de 17 años que hayan fumado durante más de 2 años.

Es importante asegurar la abstinencia durante el uso del parche.

Se utilizan como mínimo durante 6 a 8 semanas y planificamos la suspensión gradual a los 3 meses.³⁰

En resumen, en nuestra institución, creemos que el tabaquismo es un problema importante de salud infanto-juvenil que para su prevención y tratamiento existen técnicas de intervención en medicina ambulatoria que deben practicarse como contribución al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. El abandono del tabaquismo: Los jóvenes y las embarazadas. www.perinat.org.ar/tabaco3.html Fecha de acceso: 2 de setiembre 2001.
2. American Lung Association fact sheet: Teen age cigarette smoking y Teenage girls as the target of tobacco industry. Website of the A.L.A. www.lungusa.org Fecha de acceso: 25 de agosto 1997.
3. Di Franza JL, et al. Tobacco industry efforts hindering enforcement of the ban on tobacco sales to minors: actions speak louder than words. *Tab-Control* 1996; Summer; 5 (29) 127-31.
4. French SA, et al. Smoking among adolescent girls: prevalence and etiology. *J Am Med Women's Assoc.* 1996; 51(1-2):25-8.
5. Jimenez Ruiz C. Nueve de cada diez fumadores empezaron a serlo de adolescentes. Informe de la Unidad de Tabaquismo del Hospital de la Princesa de Madrid. 2000.
6. American Lung Association web page. Second hand Smoke and your family. 23 de setiembre de 1997.
7. Allayne G. Informe OPS. El humo del tabaco de los demás mata. www.paho.org/spanish/HPP/HPM/TOH/wntd-mensajedirector.htm. 15 de agosto 2001.

8. Segat FM, et al. Factores de riesgo asociados al tabaquismo en adolescentes. *Adolesc Latinoam* 1998; 14(14-17): 163-169.
9. Biglan A, et al. Peers and parental influences on adolescent tobacco use. *J Behaviour Med* 1995; 18(4):315-30.
10. Catsicaris C. Informe: Tabaco y salud. Lista Adolesap 13 de setiembre de 2000.
11. American Lung Association Fact Sheet. Teenage tobacco use. 1998 update. ALA website: www.lungusa.org
12. MMWR Morb-Mortal Wkly. Rep 1993; 26, 42(7):125-8. Minors' access to tobacco.
13. Specter A. Comunicación personal.
14. Ammerman SD. Cómo ayudar a los chicos a dejar el cigarrillo. *Contemp Pediatr Edición argentina* 1998; 6 (5)123-126.
15. Dent CW, et al. Two year behavior outcomes of project towards no tobacco use. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63 (4): 676/7.
16. Stanton WR. DSM-III-R Tobacco dependence and quitting during late adolescence. *Addict-Behalf* 1995; 20(5):595-603.
17. Epps RP, et al. A physician's guide to preventing tobacco use during childhood and adolescence. *Pediatrics* 1991.
18. Corbalán Carrillo G, y col. Consumo de tabaco y dependencia. Un estudio en Adolescentes. *Rev Enferm* 1997; 20(224):14-16.
19. Rojas NL, et al. Nicotine dependence among adolescent smokers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152(2):151-6.
20. Wahlgren DR, et al. Predictors of tobacco initiation in adolescents: a two-year prospective study and theoretical discussion. *Tab-Control* 1997; 6(29):95-103.
21. Russos S, et al. Clinician compliance with primary prevention of tobacco use: the impact of social contingencies. *Prev Med* 1997; 26(1):44-52.
22. Pierce JP, et al. Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States. *Health Psychol* 1996; 15(5):355-61.
23. Epps RP, et al. Prevention of tobacco use during childhood and adolescence. Five steps to prevent the onset of smoking. *Cancer* 1993; 72(3 suppl):1002/4.
24. Turner GE, et al. Which lesson components mediate refusal assertion skill improvement in school-based adolescent tobacco use prevention? *Int J Addict* 1993; 28(8):749-66.
25. Biglan A. Experimental evaluation of a modular approach to mobilizing antitobacco influences of peers and parents. *Am J Community Psychol* 1996; 24(3):311-39.
26. Difranza JR. Preventing teenage tobacco addiction. *J Fam Pract* 1992; 34(6):753-6.
27. Benuck I, et al. Identification of adolescent tobacco users in a pediatric practice. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:32-35.
28. American Lung Association Fact Sheet. Smoking Cessation Resources" July 1998 Update ALA website:www.lungusa.org
29. Makinistian R. Comunicación Humana y Sistemas Humanos (Recorrido de ideas, 1984/1990). Sociedad Editorial, Rosario, Santa Fe, Argentina.
30. American Lung Association Fact Sheet. Nicotine replacement therapy. www.lungusa.org Fecha de acceso: 12 de agosto de 1997.