

Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario

M. Blasco Oliete^a, A. Pérez Trullén^b, T. Sanz Cuesta^c, M.L. Clemente Jiménez^d, R. Cañas de Paz^e e I. Herrero Labarga^f

Objetivos. Describir las características del consumo de tabaco entre los adolescentes atendidos en un centro de salud, conocer su opinión sobre los factores que influyen en el mismo y analizar la calidad de la intervención del personal sanitario.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal realizado en adolescentes que acuden al centro de salud.

Emplazamiento. Atención primaria (AP).

Pacientes. Se seleccionó a todos los jóvenes entre 10 y 20 años que acudieron a las consultas a demanda o programadas de medicina de familia, pediatría o enfermería los martes y miércoles durante diciembre de 2000 a febrero de 2001.

Resultados principales. Globalmente fuma el 23,1% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 14,9-33,1) de las chicas frente al 15,3% (IC del 95%, 8,4-24,7) de los chicos. Entre los no fumadores el motivo más importante para no hacerlo es la salud (94,4%). El 50% de los fumadores ha intentado dejar de fumar; de éstos el 70,5% lo ha hecho por motivos relacionados con la salud. Al 49,4% (IC del 95%, 41,8-57,1) de los incluidos en el estudio alguna vez se le ha preguntado en el centro de salud si fuma (10,1% [IC del 95%, 4,2-19,8] entre 10-13 años; 73,4% [IC del 95%, 60,9-83,7] entre 14-17, y 76,7% [IC del 95%, 61,4-88,2] entre 18-20), y al 50,6% nunca se le ha preguntado. De aquellos a los que se les ha preguntado y fuman, al 75% (IC del 95%, 55,1-89,3) se le ha indicado que lo dejen, y de éstos al 4,7% (IC del 95%, 0,1-23,8) se le ofreció ayuda para hacerlo. De los que no fuman al 28,81% (IC del 95%, 17,8-42,1) se le animó a seguir así.

Conclusiones. Existe una gran sensibilización tanto en no fumadores como en fumadores sobre las repercusiones del tabaco en la salud. Se observa un abordaje deficiente del tabaquismo en los jóvenes desde las consultas de un centro de salud, especialmente en la población pediátrica.

Palabras clave: Adolescencia. Tabaco. Intervención sanitaria. Intervención mínima.

TOBACCO CONSUMPTION AMONG ADOLESCENTS. VALUE OF THE INTERVENTION OF HEALTH-SERVICE STAFF

Objectives. To describe the characteristics of tobacco consumption among adolescents seen at a health centre, find their opinions of the factors that affect consumption, and analyse the quality of the intervention of the health staff.

Design. Descriptive, cross-sectional study of adolescents attending the health centre.

Setting. Primary care (PC).

Patients. All the young people between 10 and 20 who attended family medicine, paediatric or nursing clinics, whether on-demand or with appointments, on Tuesdays and Wednesdays between December 2000 and February 2001.

Main results. 23.1% of all the girls smoked (95% CI, 14.9-33.1) versus 15.3% of boys (95% CI, 8.4-24.7). Among non-smokers the main reason for not smoking was health (94.4%). 50% of smokers had tried to give up, of whom 70.5% tried for health-related reasons. 49.4% (95% CI, 41.8-57.1) of those included in the study had been asked at the health centre on some occasion whether they smoked (10.1% of these [95% CI, 4.2-19.8] were aged 10-13; 73.4% [95% CI, 60.9-83.7] 14-17; and 76.7% [95% CI, 61.4-88.2] 18-20); and 50.6% had never been asked. Of those who were asked and did smoke, 75% (95% CI, 55.1-89.3) were advised to give up and 4.7% of these (95% CI, 0.1-23.8) were offered help to do so. 28.81% of those who did not smoke (95% CI, 17.8-42.1) were encouraged to continue not to smoke.

Conclusions. Both smokers and non-smokers are highly aware of the repercussions of tobacco on health. Tobacco dependency in young people was not tackled well enough at health centre clinics, especially by paediatricians.

Key words: Adolescence. Tobacco. Health intervention. Minimum intervention.

^aMédico de familia. EAP Humanes. Área 9. INSALUD. Madrid. España.

^bServicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Departamento de Medicina-Unizar. España.

^cTécnico de Salud Pública. Dirección AP Área 9. INSALUD. Madrid. España.

^dMédico de familia. Centro de Salud Perpetuo Socorro. Unidad Docente. Huesca. España.

^eResponsable de Formación Continuada. Dirección AP Área 9. INSALUD. Madrid. España.

^fServicio de Neumología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

Correspondencia: Melitón Blasco Oliete.
Pza. Albufera, 10, 8.º C.
28945 Fuenlabrada (Madrid).
España.
Correo electrónico:
meliton65@eresmas.com

Manuscrito aceptado para su publicación el 28-I-2002.

Introducción

Hoy día es una evidencia científica que el consumo de tabaco constituye la primera causa de pérdida de la salud¹, así como la primera causa de muerte prematura y evitable en los países desarrollados. Es pues el tabaquismo el principal problema de salud pública susceptible de prevención². La lucha contra el tabaquismo se debe realizar en una doble vertiente: de un lado, la prevención del inicio del consumo en los no fumadores y la aplicación individualizada de la terapéutica más adecuada de deshabituación en los fumadores activos, basada ésta en las pruebas clínicas existentes en ese momento³.

La adolescencia es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas. Se trata de la etapa en la que tiene lugar la «experimentación» con el tabaco y el alcohol, perfilándose las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado⁴. Asimismo, la adolescencia es la cantera donde las industrias del tabaco reclutan a los nuevos fumadores. Se aprende a fumar durante la infancia y la adolescencia. El 60% de los fumadores empezó a fumar hacia los 13 años y más del 90% antes de los 20. Sólo un 10% de los fumadores actuales empezó a fumar siendo adulto⁵.

La mayoría de los estudios indican que si un adolescente sabe evitar el tabaco, es poco probable que fume de adulto, y si lo hace, seguramente no será gran fumador⁵. En esta misma línea, en la cuarta estrategia del Decálogo de Europa Libre de Tabaco se afirma: «Cada niño y adolescente tiene derecho a ser protegido de todo tipo de promoción del tabaco y recibir toda la ayuda educativa y de otra índole necesaria para resistir la tentación de empezar a consumir cualquier tipo de tabaco.»⁶

La utilización de las consultas de atención primaria (AP) es cada día mayor. Se estima que el 75% de los españoles acude a su médico de familia al menos una vez al año⁷. Por otra parte, no hay que olvidar que en el momento de la consulta los pacientes están especialmente receptivos a cualquier mensaje de salud, incluyendo mensajes preventivos que no estén directa o aparentemente relacionados con el motivo de consulta⁸. Esto convierte a la AP en un marco idóneo para abordar el problema del tabaquismo haciendo de la intervención sobre el consumo de tabaco una de las actividades preventivas más eficaces que se puede realizar desde las consultas^{9,10}. Los profesionales sanitarios deben identificar y diagnosticar a todos sus pacientes fumadores y posteriormente aconsejarles de manera firme, concisa y personalizada que dejen de fumar^{3,11,12}. Por el contrario, en el caso de los no fumadores se les debe animar a continuar siéndolo, reforzando su actitud libre de tabaco.

En España, la epidemia del tabaquismo entre los adolescentes es una triste realidad, como demuestran la Encuesta Nacional de Salud¹³ de 1997, en la que el 40%

de los jóvenes entre 16 y 24 años son fumadores; el estudio sobre la dependencia nicotínica de los escolares fumadores de Zaragoza de 1998, en el que el 23,1% de los jóvenes entre 10 y 17 años se declaraba fumador, con algunos rangos de edad como el de los 17 años en el que el 50,2% de los jóvenes consumía tabaco¹⁴.

Además, en el estudio sobre hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid realizado en el año 2000 entre jóvenes de 15 y 16 años, el 24,2% fuman diariamente y el 9,8% fuma alguna vez a la semana, lo que aporta una cifra del 34% de fumadores habituales, junto a otro 6,8% que fuma con menor asiduidad¹⁵.

Basándonos en lo anteriormente expuesto hemos realizado el siguiente estudio con los objetivos de describir las características del consumo de tabaco entre los adolescentes atendidos en nuestro centro de salud; conocer su opinión sobre los principales motivos para no fumar y sobre la influencia de la publicidad en el hábito; conocer la postura de los padres ante el consumo de tabaco de sus hijos, y finalmente analizar la calidad de la intervención del personal sanitario en este campo.

Material y métodos

El estudio se ha realizado en el equipo de AP de Humanes de Madrid, perteneciente al Área 9 del INSALUD-Madrid, integrado por dos pediatras, 5 médicos de familia y 5 enfermeras que atienden a una población de 10.200 personas, en colaboración con el Departamento de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

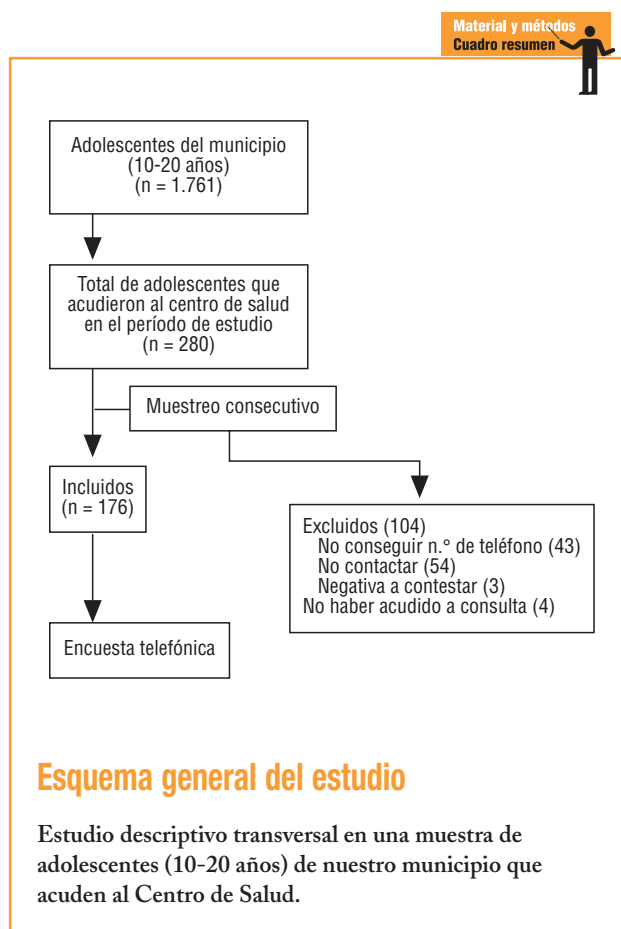
Participantes

La población de estudio estaba constituida por todos los pacientes con edades comprendidas entre 10 y 20 años citados en el centro de salud los martes y miércoles, de diciembre de 2000 a febrero de 2001, a consulta a demanda o programada de medicina de familia, pediatría y enfermería.

Los criterios de exclusión han sido: no conseguir el número de teléfono ni contactar con la familia tras intentarlo durante 4 semanas, ni comunicar con el adolescente tras tres contactos previos con la familia; negativa de los padres a que su hijo contestara a la encuesta, o la negativa del adolescente, y por último, no acudir a consulta a pesar de estar citado (este hecho ha de estar reflejado en la historia).

El cálculo del tamaño muestral se realizó para estimar la frecuencia de interrogatorio sobre consumo de tabaco por algún sanitario, utilizando la fórmula de estimación de proporciones en poblaciones finitas. La población de 10 a 20 años es de 1.761, el nivel de confianza se fijó en el 95%, el error máximo en un 7% y la frecuencia esperada en un 54% (resultado obtenido en un estudio piloto de 11 casos). Así, se obtuvo un tamaño necesario de 176 casos.

La selección de la muestra se realizó por muestreo consecutivo hasta conseguir el tamaño muestral necesario. Al tratarse de un



muestreo consecutivo, para prolongar el período de estudio aproximadamente dos meses se decidió seleccionar únicamente a los jóvenes que acudieron al centro de salud dos días a la semana, eligiéndose los martes y miércoles al considerar que el tipo de pacientes que acuden estos días son más representativos de la población y su patología general.

Recogida de datos

Las fuentes de datos fueron las siguientes: el número de historia, la edad y el sexo se obtuvieron de las hojas de citación de los días incluidos en el estudio; el número de teléfono se obtuvo de la historia familiar y, si no constaba allí, se buscó en la base de datos del centro (SICAP); la consulta a la que se acudió se obtuvo de la hoja de carga; el motivo de consulta, de la historia clínica; los antecedentes personales, de la historia clínica y, si no constaban, se preguntó a los padres o al adolescente. Para obtener el resto de los datos se preguntó al adolescente telefónicamente.

Para recoger los datos, en primer lugar se analizaron las hojas de carga y las historias clínicas y, posteriormente, se estableció contacto telefónico con los adolescentes para pasarles la encuesta que habíamos diseñado. En el caso de los menores de edad se explicaba a los padres el trabajo que estábamos realizando y se pedía su autorización para pasar la encuesta a sus hijos.

Las variables recogidas en la encuesta fueron las siguientes: demográficas (edad, sexo y actividad), motivo de exclusión (ya expuestos anteriormente), antecedentes personales de bronquitis de repetición/asma, postura de los padres ante el consumo de tabaco de sus hijos y opinión de los adolescentes sobre la influencia de la publicidad en el inicio del hábito. Centrándonos en el consumo de tabaco en sí, a pesar de que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera fumadora a la persona que ha fumado diariamente, durante el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos¹⁶, al tratarse de una población joven nos ha parecido más oportuno el criterio que refleja el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud): «Fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta: "¿Usted fuma?"»¹¹, cuantificando posteriormente el consumo (así evitamos perder a los fumadores esporádicos y de fin de semana). A los no fumadores se les preguntó qué razón es para ellos la más importante para no fumar y, si habían fumado en alguna ocasión, a qué edad lo hicieron por primera vez. A los fumadores se les preguntó cuánto fumaban y, si lo hacían a diario, se les pasó el test de Fagerström para la dependencia a la nicotina versión de 1991¹⁷; también se les preguntó cuándo fumaron el primer cigarrillo, cuándo comenzaron a fumar a diario y si habían intentado alguna vez dejar de fumar, en caso afirmativo, el motivo y por qué no lo dejaron.

Para analizar la calidad de la intervención del personal sanitario se recogió la consulta a la que habían acudido (enfermería, pediatría o medicina de familia) y el motivo por el que lo hicieron. Se les preguntó también si en la consulta les habían preguntado sobre su consumo de tabaco; en caso afirmativo, si les habían animado a mantenerse abstinentes en el caso de que no fumasen, o si les habían indicado, en el caso de ser fumadores, que lo dejaran y les ofrecieron ayuda para hacerlo. Además, si en esa última visita a la consulta no les interrogaron sobre su hábito tabáquico, se les preguntó si lo habían hecho en alguna otra ocasión que hubiesen acudido al centro de salud y, en caso afirmativo, quién había sido y qué indicación les había dado al respecto.

Análisis estadístico

Se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 7.5. Se calculó el intervalo de confianza (IC) del 95% de las proporciones obtenidas y se utilizó la prueba de la χ^2 para estudiar la asociación entre variables cualitativas.

Resultados

Para obtener los 176 (62,8%) casos incluidos necesitamos una muestra de 280, de los cuales 104 (37,2%) fueron excluidos por distintos motivos (43 por no conseguirse el número de teléfono, 34 por no conseguir consultar con la familia, 20 por no contactar con el joven, dos por negativa de la madre a que su hijo respondiese a la encuesta, uno por negativa del adolescente a participar y 4 por constar en la historia clínica que ese día el paciente no acudió a consulta a pesar de estar citado).

TABLA 1
Actitud de los padres con respecto al consumo de tabaco de sus hijos según edad

| | 10-13 años | 14-17 años | 18-20 años | Total |
|-------------------------------|------------|------------|------------|-----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Les prohíben fumar | 28 (40,6) | 22 (34,3) | 3 (7,0) | 53 (30,1) |
| Les recomiendan que no fumen | 32 (46,4) | 36 (56,3) | 31 (72,1) | 99 (56,3) |
| Les permiten fumar | 0 | 0 | 4 (9,3) | 4 (2,3) |
| No les dicen nada al respecto | 9 (13,0) | 6 (9,4) | 5 (11,6) | 20 (11,4) |

De los 176 incluidos, el 48,3% son chicos y el 51,7% chicas. Cuando se analizó por rangos de edad, el 39,2% está entre 10-13 años, el 36,4% entre 14-17 años y el 24,4% entre 18-20 años.

Los pacientes acudieron a la consulta de medicina de familia en el 55,1% de los casos, a la de pediatría en el 33,5% y a la de enfermería en el 11,4%. Los motivos de consulta más frecuente fueron la patología otorrinolaringológica (ORL) en el 19,3% de los casos, la patología respiratoria en un 1,1%, otra patología en el 40,3%. En el 31,2% de los casos no consta en la historia el motivo de consulta. Un 17% refirió antecedentes de bronquitis/asma bronquial. El 77,3% estudia, el 18,2% trabaja y el 4,5% está en situación de desempleo.

La actitud de los padres con respecto al consumo de tabaco de sus hijos queda reflejada en la tabla 1, destacando que el 30,1% les prohíbe fumar, el 56,3% les recomiendan que no fumen, el 2,3% les permite fumar y el 11,4% no les dice nada al respecto.

A la pregunta sobre la influencia de la publicidad en el consumo de tabaco, el 47,2% contesta afirmativamente (indicando que la publicidad puede influir en la actitud ante el consumo de tabaco), con un porcentaje negativo similar del 47,2%, mientras que el 5,7% dice no saberlo. Se comprueba asimismo cómo las respuestas afirmativas disminuyen de manera estadísticamente significativa conforme aumenta la edad (fig. 1).

En la muestra estudiada la frecuencia de consumo de tabaco es del 19,3% (34/176), con un IC del 95% de 13,7-25,9%. En la tabla 2 se observa la frecuencia de consumo según edad y sexo, apreciándose un mayor porcentaje de consumo en mujeres, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.

Entre los no fumadores, el motivo más importante para no fumar es la salud (94,4%) independientemente de la edad considerada. Dentro de este grupo el 15,3% (11/72) de los chicos refiere haber fumado en alguna ocasión frente al 22,9% (16/70) de las chicas. Cuando se analizó por rango de edad, observamos que el 48,1% (13/27) lo hicieron por primera vez entre los 13 y 15 años, el 22,2% (6/27) entre los 10 y 12 años y el 25,9% (7/27) entre los 16 y 18 años. La mayoría de los fumadores fuma menos de 20 cigarrillos/día (92,3% de los chicos y el 95,2% de las chicas). En este grupo el 52,9% (18/34) fumó por primera vez entre

los 13-15 años, 20,6% (7/34) entre 10-12 y 23,5% (8/34) entre 16-18. El 52,9% (18/34) comenzó a fumar a diario entre los 16-18 años y el 35,3% (12/34) entre 13-15.

A los que fuman a diario (n = 31) se les realizó también el test de Fagerström (tabla 3). En todos los casos la puntuación es menor de 6, lo que indica en adultos una baja dependencia nicotínica. Al hacer el análisis por sexos (tabla 4) se aprecia cómo en ambos las preguntas con mayor puntuación son la primera (tiempo que pasa entre que se levantan y fuman el primer cigarrillo) y la cuarta (número de cigarrillos que fuman cada día). En la valoración por grupos de edad (tabla 4), la mayor puntuación se da entre los 18-20 años.

De los fumadores, el 50% (17/34) refiere haber intentado dejar de fumar, y los motivos para intentarlo son los siguientes: en 7 casos, por decisión propia por problemas de salud; en 5 por no contraer posibles enfermedades; en tres por el alto precio del tabaco, y finalmente dos lo hicieron durante el embarazo. A los que han intentado dejar de fumar y siguen fumando se les preguntó por qué no lo dejaron, y las respuestas fueron: en 7 casos por falta de voluntad, en 5 porque les gustaba fumar, en tres se encontraban

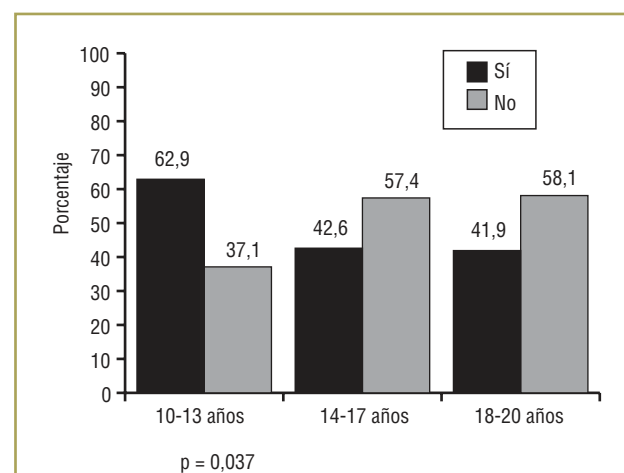


FIGURA 1
Respuesta a la pregunta: «¿Crees que la publicidad sobre el tabaco en los medios de comunicación influye para que las personas empiecen a fumar?».

TABLA 2 Frecuencia de consumo de tabaco según edad y sexo

| | N.º de niños estudiados | Fuman | | |
|------------|-------------------------|-------|------------|------------|
| | | n | Porcentaje | IC del 95% |
| Chicos | | | | |
| 10-13 años | 35 | 0 | 0,0 | 0,0-10,0 |
| 14-17 años | 34 | 3 | 8,8 | 1,9-23,7 |
| 18-20 años | 16 | 10 | 62,5 | 35,4-84,8 |
| Total | 85 | 13 | 15,3 | 8,4-24,7 |
| Chicas | | | | |
| 10-13 años | 34 | 1 | 2,9 | 0,1-15,3 |
| 14-17 años | 30 | 7 | 23,3 | 9,9-42,3 |
| 18-20 años | 27 | 13 | 48,1 | 28,7-66,7 |
| Total | 91 | 21 | 23,1 | 14,9-33,1 |
| Total | 176 | 34 | 19,3 | 13,7-25,9 |

IC: intervalo de confianza.

más nerviosos al intentarlo y finalmente en un caso porque engordó al intentarlo.

A la pregunta «¿La última vez que acudiste al centro de salud te preguntó sobre tu consumo de tabaco?», el 17,6% contestó que sí y el 82,4% que no; al analizarlo por grupos de edad, se interrogó al respecto al 5,8% (4/69) entre 10-13 años, al 28,1% (18/64) entre 14-17 años y al 20,9% ((9/43) entre 18-20 años, con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,003$), siendo interrogados por igual los chicos que las chicas. Se preguntó al 22,6% (22/97) de los que acudieron a consulta de medicina de familia, al 5,9% (2/59) de pediatría y al 35% (7/20) de enfermería.

En relación con los motivos de consulta, no se interrogó sobre el consumo de tabaco a ninguno de los dos que acudieron por problemas respiratorios, se preguntó al 23,5% (8/34) de los que acudieron por problemas ORL, al 18,3% (13/71) de los que acudieron por patologías que no fueran respiratorias ni ORL, al 22% (2/9) de los que acudieron por revisiones incluidas en programa y al 60% (3/5) de los que acudieron por temas burocráticos.

De los 10 pacientes que fumaban y en la última consulta se les preguntó si lo hacían, a 6 se les indicó que deberían dejarlo y, de éstos, a ninguno se le ofreció ayuda para hacerlo. De los 21 que no fumaban a 6 (28,6%) se les animó a seguir así y a 15 (71,4%) no se les hizo ningún comentario.

Para analizar si en alguna ocasión se había preguntado sobre el consumo de tabaco y la intervención realizada se valoraron conjuntamente las intervenciones en la última consulta más las realizadas en cualquier otra ocasión. Los resultados de este análisis global fueron los siguientes (tabla 5): a 87 (49,4%) se les preguntó alguna vez si fumaban (45,9% de las chicas y 52,7% de los chicos), y a 89 (50,6%) nunca se les preguntó al respecto. Analizado por rango de edad, se preguntó alguna vez al 10,1% (7/69)

TABLA 3 Resultados del test de Fagerström en los que fuman a diario

| Puntuación | N.º de fumadores | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------|------------------|------------|----------------------|
| 0 | 13 | 41,9 | 41,9 |
| 1 | 5 | 16,1 | 58 |
| 2 | 5 | 16,1 | 74,1 |
| 3 | 5 | 16,1 | 90,2 |
| 4 | 2 | 6,5 | 96,7 |
| 5 | 1 | 3,2 | 100 |
| > 6 | 0 | – | – |
| Total | 31 | 100 | 100 |

TABLA 4 Puntuación obtenida en la pregunta del test de Fagerström según edad y sexo

| | Pregunta 1 | Pregunta 2 | Pregunta 3 | Pregunta 4 | Pregunta 5 | Pregunta 6 | Total |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| Sexo | | | | | | | |
| Chicos | 6 | – | 2 | 8 | 2 | 1 | 19 |
| Chicas | 8 | 1 | 3 | 7 | 2 | 3 | 24 |
| Total | 14 | 1 | 5 | 15 | 4 | 4 | 43 |
| Edad (años) | | | | | | | |
| 10-13 | – | – | – | – | – | – | – |
| 14-17 | 4 | – | 1 | 2 | 2 | 1 | 10 |
| 18-20 | 10 | 1 | 4 | 13 | 2 | 3 | 33 |
| Total | 14 | 1 | 5 | 15 | 4 | 4 | 43 |

TABLA 5 Frecuencia de interrogatorio sobre el tabaco según sexo, edad y consumo

| | N.º de niños estudiados | Se ha preguntado en alguna ocasión sobre consumo de tabaco | | |
|-------------|-------------------------|--|------------|---------|
| | | Número | Porcentaje | p |
| Sexo | | | | 0,371 |
| Chicos | 85 | 39 | 45,9 | |
| Chicas | 91 | 48 | 52,7 | |
| Edad (años) | | | | < 0,001 |
| 10-13 | 69 | 7 | 10,1 | |
| 14-17 | 64 | 47 | 73,4 | |
| 18-20 | 43 | 33 | 76,7 | |
| Fumadores | | | | < 0,001 |
| Sí | 34 | 28 | 82,4 | |
| No | 142 | 59 | 41,5 | |

p = nivel de significación estadística.

entre 10-13 años, al 73,4% (47/64) entre 14-17 años y al 76,7% (33/43) entre 18-20 años con diferencias estadísticamente significativas. Vemos que en el caso de los fumadores se ha preguntado más sobre su consumo que en el de no fumadores, siendo las diferencias también signi-

ficativas. En cuanto a quién les ha preguntado, en el 77,01% (67/87) de los casos fue el médico de familia, en el 18,39% (16/87) la enfermera y únicamente en el 4,59% (4/87) el pediatra.

De los 87 adolescentes a los que en alguna ocasión se ha preguntado sobre su consumo, 28 (32,55%) fuman y, de éstos, a 21 (75%) se les ha indicado que lo dejen, ofreciéndole ayuda para hacerlo a uno (4,7%). De los 59 que no fuman a 17 (28,81%) se les animó a seguir así.

Discusión

Es de destacar la buena colaboración tanto de los jóvenes como de los padres, a quienes en el caso de los menores de edad se les explicaba el motivo de la encuesta y se les pedía autorización para realizarla. Sólo hubo tres negativas, dos madres que alegaron que sus hijos eran muy pequeños y un joven que, a pesar de la insistencia de su madre, se negó a contestar. Asimismo ha de hacerse una apreciación a la hora de valorar los resultados del estudio: la encuesta se realizó telefónicamente, siendo muy probable que los padres estuviesen presentes mientras se contestaba a nuestras preguntas. Esto puede explicar la baja prevalencia de consumo de tabaco, sobre todo en los grupos de edad más jóvenes. No obstante, no hemos de olvidar que el objetivo principal del estudio es valorar la intervención del personal sanitario, objetivo que no se ve influido por esta circunstancia.

Nuestros resultados, al igual que los observados por Marín⁵, indican que en general los padres prefieren que sus hijos no fumen, siendo un 86,4% los que les prohíben o recomiendan no fumar, aunque llama la atención que el 11,4% de los jóvenes refiere no haber hablado del tema con sus progenitores, siendo este porcentaje constante para todos los grupos de edad. Estas cifras son algo inferiores a las obtenidas por otros autores como Clemente¹⁴, que en una muestra de jóvenes fumadores entre 10 y 17 años detecta que el 94,1% había recibido consejo por parte de sus padres sobre su hábito tabáquico; conviene señalar que estas diferencias pueden ser debidas a que Clemente analiza una muestra de fumadores, por lo que posiblemente se encuentre sesgada a este respecto, dado que es muy posible que sean precisamente los padres que saben o sospechan que sus hijos fuman los que más aconsejan a sus hijos no fumar.

Sobre la influencia de la publicidad en la adquisición y/o mantenimiento del hábito tabáquico, la mitad de los jóvenes considera que puede influir y la otra mitad, que no. No obstante, hay que señalar que conforme aumenta la edad se incrementa el número de adolescentes que niegan dicha influencia, lo que nos hace pensar que los más jóvenes son más vulnerables a su efecto, o bien que los de mayor edad no reconocen la influencia que la publicidad tiene sobre ellos. Haría falta un estudio más específico para aclarar este punto.

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La atención primaria es el marco idóneo para el abordaje del problema del tabaquismo.
- La adolescencia es un período clave para la futura actitud frente al consumo de tabaco.
- El consumo de tabaco entre adolescentes es una realidad.

Qué aporta este estudio

- Existe una gran sensibilización en los adolescentes acerca de las repercusiones del tabaco sobre la salud.
- Se observa un deficiente abordaje del tabaquismo en adolescentes desde las consultas de atención primaria.

Entre los no fumadores y en todos los rangos de edad el motivo más importante para no hacerlo es la salud. Esto mismo se ha constatado en otros estudios realizados en distintos ámbitos^{14,18-24}. Éste es un dato que demuestra la concienciación sobre los efectos nocivos del tabaco que deberemos tener en cuenta a la hora de dirigir nuestra intervención en este campo.

Tanto en fumadores como en no fumadores que refieren haber fumado en alguna ocasión, la edad en que se fumó el primer cigarrillo es similar, siendo lo más frecuente entre 13-15 años. Esto nos lleva a pensar que la edad de fumar el primer cigarrillo no es un indicador de persistencia en el hábito, sino que deben de influir otros factores como los hallados por la OMS²⁵, Rubio et al²⁶ o Borrás et al²⁷, entre los que destacamos altos niveles de aceptación social hacia los productos del tabaco, exposición y vulnerabilidad hacia los esfuerzos de comercialización de los productos del tabaco, disponibilidad y facilidad de acceso, imitación a los padres y a otros adultos, y finalmente la influencia de compañeros fumadores; factores que no han sido analizados en el presente estudio por no ser su objetivo principal.

Más de la mitad de los fumadores de este estudio comenzó a «fumar a diario» entre los 16 y los 18 años, edad superior a la obtenida por otros autores^{14,28,29}, quienes en sus muestras de adolescentes obtienen que la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco se encuentra entre los 13 y los 15 años; pensamos que estas diferencias quizá sean debidas al hecho de haber realizado las encuestas telefónicamente, aspecto comentado anteriormente. Dado que a los 16 años ya han terminado las revisiones del programa del niño y, por regla general, suelen acudir poco a

nuestras consultas, no debemos desaprovechar ninguna ocasión para preguntarles sobre su postura ante el tabaco y realizar la intervención pertinente.

La mayoría de los fumadores fuma menos de 20 cigarrillos/día y en todos los casos el test de Fagerström da una baja puntuación, que (aunque este test está ideado para ser realizado en adultos fumadores) nos puede servir de orientación y nos debe animar a insistir en el abandono del hábito, ya que el grado de dependencia todavía no es muy alto. Además, en esta etapa de la vida el tránsito no fumador-fumador-no fumador-fumador es aún muy fluido, por lo que las medidas educativas, el apoyo psicológico, enseñarles a identificar las presiones que les incitan a fumar, así como estrategias para resistirlas y finalmente el seguimiento programado, suelen ser medidas eficaces para conseguir el abandono del consumo³⁰.

El hecho de haber intentado en alguna ocasión dejar de fumar da una idea de la futura actitud del adolescente frente al tabaco, comprobándose que cuanto mayor es el número de intentos previos de deshabituación, existe mayor posibilidad de que el fumador abandone definitivamente el tabaco, pues tan sólo un 1% de los adultos que lo intentan lo consiguen en el primer intento³¹. En nuestra muestra, al igual que en otros estudios en los que se investiga un rango de edad similar^{14,19,21}, más de la mitad de los fumadores se ha planteado en alguna ocasión dejar de serlo, y entre los motivos para plantearse el abandono del tabaco el 70,5% está relacionado con la salud, dato también reflejado en otros estudios^{19,20,32}. Como vemos, tanto fumadores como no fumadores conocen las consecuencias negativas que para la salud comporta el consumo de cigarrillos, pese a lo cual la mayor parte de ellos continúa fumando, por lo que, además de seguir incidiendo sobre dichos efectos, debemos buscar nuevas estrategias que induzcan a los fumadores a la deshabituación tabáquica como proponen Pérez Trullén et al^{3,33-37}.

A los fumadores que se han planteado dejar de serlo y siguen fumando se les preguntó por qué motivo no lo dejaron. Cinco contestaron que seguían fumando porque les gustaba, de modo que estarían en la fase de planteamiento de Prochaska y Di Clemente³⁸; en este caso nuestro objetivo es aumentar su motivación para la deshabituación tabáquica, mediante un mensaje breve, sencillo y personalizado, haciendo especial hincapié en los beneficios que el joven obtendría al dejar de fumar, acompañando nuestro consejo con un folleto que refuerce dicha información. Otros 7 contestaron que no lo dejaban por falta de voluntad, tres porque se encontraban más nerviosos al intentarlo y uno porque engordó en el intento previo. Todos éstos serían fumadores disonantes, es decir, han intentado dejarlo pero no lo han conseguido por diversos motivos, pero siguen planteándose dejar de fumar. Nuestra actitud, en este caso, debe estar dirigida a hacerles ver que las recaídas son una parte del proceso normal de dejar de fumar y que en el próximo intento contarán con nuestra ayuda, tanto

para ponerles un tratamiento farmacológico basado en la evidencia de pruebas clínicas³, si es que lo precisan, como para ayudarles a superar las dificultades que quizá encuentren³⁵.

Con respecto a las patologías por las que acudieron a consulta el día en que fueron incluidos en el estudio, llama la atención el escaso número de pacientes que acudieron con patología respiratoria y que no se les preguntase por su consumo de tabaco, lo que sólo se hizo a una cuarta parte de los que acudieron por problemas ORL o a revisiones incluidas en programa. Era de esperar que en estos tres apartados hubiese una mayor atención o sensibilización ante el tema del tabaco.

Al analizar la intervención llevada a cabo sobre el tabaco en cualquiera de las ocasiones en que los adolescentes acudieron al centro de salud, incluida la última, vemos que a la mitad nunca se le ha preguntado si fumaba. Analizando este dato por grupos de edad observamos que entre los 10-13 años sólo se ha preguntado a uno de cada 10, y entre los 14-17 años y 18-20 años a tres de cada 4. Llama la atención el escaso abordaje que se hace en el grupo de 10-13 años, sobre todo si tenemos en cuenta que, según algunos estudios, la edad media en que se prueba o experimenta con el primer cigarrillo es de 10,5 años¹⁴ y que, según los datos del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid¹⁵ de 1996 y del Plan Nacional Sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo 1996), entre los 11 y los 14 años el 15% fuma regularmente. Además, en el programa del niño de la semFYC se recomienda que en las revisiones incluidas en protocolo a partir de los 10 años se haga prevención de los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y otras drogas)³⁹.

Analizando la intervención llevada a cabo por el personal sanitario a lo largo del tiempo vemos que en la mayoría de los casos ha sido el médico de familia quien la ha realizado, seguido de enfermería y en último lugar pediatría. Analizando esto juntamente con los datos sobre intervención en la última consulta, donde era el personal de enfermería quien más la realizaba y el pediatra el que menos, podemos deducir que es el médico de familia quien hace más abordajes, porque a su consulta acude mayor número de pacientes y con mayor frecuencia; mientras que enfermería realiza el abordaje en un mayor porcentaje de los pacientes que atiende, dato que viene a corroborar la actual tendencia de potenciar la realización de actividades preventivas fundamentalmente por estos profesionales que, por otro lado, suelen tener sus consultas menos saturadas que las de medicina de familia o pediatría, sobre todo en pleno período de procesos infecciosos respiratorios, que fue cuando se realizó la encuesta. Es en las consultas de pediatría donde se da un menor porcentaje de intervención, lo que confirma los datos obtenidos en el grupo de 10-13 años. Esto nos lleva a plantearnos si es verdaderamente necesaria la intervención en este grupo de edad y si, como recomiendan los grupos de expertos³⁹ y demuestran los Bo-

letines Epidemiológicos y el trabajo de Clemente¹⁴ citados anteriormente, la respuesta es afirmativa, los profesionales que atienden a este grupo de edad deberán replantearse su actitud en este campo. Como dato positivo podemos reseñar que a los fumadores se les ha preguntado más sobre su consumo que a los no fumadores.

De los pacientes a los que se preguntó sobre su consumo de tabaco y eran fumadores, al 75% (21/28) se le indicó que debería dejarlo; pero sólo al 4,7% (1/21) se le ofreció ayuda para hacerlo. De esto deducimos que a uno de cada 4 fumadores a los que se preguntó sobre su consumo de tabaco no se le indicó que debería dejarlo, dato que parece preocupante, y más en estas edades en que consideramos que debería indicarse el abandono en todos los casos. También resulta llamativo que sólo en uno de los 21 casos en que se indicó que se abandonase el consumo se ofreciese ayuda para hacerlo. Esto indica el poco ánimo que ponemos en nuestra indicación, o tal vez la escasa formación para poder realizarlo adecuadamente a este grupo de edad. Con respecto a los no fumadores, solamente a uno de cada 4 se le animó a seguir así, algo que consideramos fundamental y más en estas edades, como hemos comentado antes.

Como conclusión, creemos que todos los que atendemos a adolescentes debemos convencernos y ser conscientes de la importancia que tiene el mensaje que estamos dando desde nuestra consulta y concienciarnos de la necesidad de identificar y diagnosticar a los fumadores para aconsejarles y ayudarles a que dejen de serlo, y en el caso de los no fumadores, animarles a que sigan siéndolo. De momento no parece ser que lo estemos haciendo del todo bien, pero esperamos mejorar con el tiempo.

Bibliografía

- Pérez Trullén A, Clemente ML, Herrero I, Marrón R. ¿En qué consiste la medicina basada en pruebas y su aplicación al tabaquismo? Arch Bronconeumol 2001;37(Supl 4):63-8.
- Salleras L, Pardell H, Saltó E, Martín G, Serra L, Plans P, et al. Consejo antitabaco. Med Clin (Barc) 1994;102(Supl 1):109-17.
- Pérez Trullén A, Clemente ML, Herrero I, Rubio E. Manejo terapéutico escalonado de la deshabituación tabáquica basado en pruebas clínicas. Arch Bronconeumol 2001;37(Supl 4):69-77.
- Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. Med Clin (Barc) 1995;104:784-8.
- Marín D. Tabaco y adolescentes: más vale prevenir. Med Clin (Barc) 1993;100:497-500.
- Decálogo de Europa Libre de Tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
- Plaza MD, Alonso A. El profesional sanitario ante el tabaquismo. JANO 2001;60:45-8.
- Nebot M. Institut Municipal de la Salut Ajuntament de Barcelona. Los profesionales sanitarios y el tabaquismo. Jornadas sobre el Consejo Sanitario y Unidades Asistenciales para Dejar de Fumar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997: p. 3-10.
- Aller A, Buisán MJ, Garjón JG, Clemente ML. Soporte farmacológico en la deshabituación tabáquica. Boletín de Información Terapéutica, Atención Primaria de Huesca, INSALUD 2001;1:1-4.
- Clemente ML, Pérez-Trullén A, Carreras JM. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. FMC 1998;5:329.
- Nebot M, Martín C, Cabezas C. Tabaquismo. Curso a distancia de prevención en atención primaria 1996;1:68-80.
- Clemente ML, Pérez-Trullén A. ¿Cómo ayudar a sus pacientes a dejar de fumar? Barcelona: Boehringer Ingelheim S.A., 1997.
- Encuesta Nacional de Salud, 1997. Madrid: INE.
- Clemente ML. Estudio de la dependencia nicotínica en escolares fumadores de Zaragoza [tesis doctoral]. Zaragoza: Departamento de Medicina de la Universidad de Zaragoza, 2000.
- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2000. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2000; p. 6.
- Organización Mundial de la Salud. Consecuencias del tabaco para la Salud. Informe técnico n.º 568. Gineva: OMS, 1974.
- Lee EW, D'Alonso GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Arch Intern Med 1993;153:34-48.
- La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Documento Técnico de Salud Pública n.º 16. Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1993.
- Romero PJ, Luna JD, Mora A, Alché V, León MJ. Perfil tabáquico de los adolescentes de Enseñanza Secundaria. Estudio comparativo entre medio rural y urbano. Prev Tab 2000;2:5-16.
- Pascual FJ, Viejo JL, Gallo F, De Abajo C, Puello A. Tabaquismo escolar. Estudio epidemiológico transversal en una población de 4.281 escolares. Arch Bronconeumol 1996;32:69-75.
- Goigoechea JM, Panella J, Portella E. Características del tabaquismo en el medio escolar en Andorra. Gac Sanit 1992;6:122-7.
- Cordón F, Jaumá RM, Vallescar R, Ribó C, Martín M. El tabaquismo en los estudiantes de enfermería: prevalencia, actitudes y conocimientos. Gac Sanit 1992;6:658-61.
- Pérez-Trullén A, Herrero Y, Ruiz C, Roche P, Clemente ML, Aguirre C, et al. ¿Intentan los escolares dejar de fumar?, y en caso afirmativo, ¿cuáles son los motivos? Arch Bronconeumol 1998;34(Supl 1):80.
- Pérez-Trullén A, Rubio E, Clemente ML, Marrón R. ¿Intentan dejar de fumar los escolares? ¿Por qué motivos lo hacen? Int J Tuberc Lung Dis 1999;9(Supl 25).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Por qué fuman los jóvenes? En: Creciendo sin tabaco. OMS-Día Mundial sin Tabaco, 1998.
- Rubio E, Clemente ML, Marrón R, Montañes C, Pérez-Trullén A. Tabaquismo en escolares. Aplicación de una ecuación de regresión logística. Cuad Bioest Apl Infor 1999;16:38-55.
- Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992. Am J Public Health 2000;90:1459-62.
- De la Cruz Mora MA, De la Cruz Mora M. Prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en una población adolescente. Rev Esp Drogoep 1993;18:71-84.
- Barruco M, Vicente M, López Y, Gonsalves D, Terrero D, García J, et al. Tabaquismo escolar en el medio rural de Castilla-León. Actitudes de la población escolar. Arch Bronconeumol 1995;31:23-72.
- Hernández MA, Torrecilla M, Barruco M. Individualización del tratamiento: deshabituación tabáquica en situaciones especiales. Manejo práctico de las principales complicaciones del tratamiento. Actitud ante el fracaso terapéutico. Jano 2001;40:73-8.
- Organización Mundial de la Salud. Día Mundial sin Tabaco, «Tira la cajetilla, deja el tabaco». 31 de mayo de 1999.

32. Cabezas C, Vives A, Vallvé JL, Berengué MD, Monteverde X, Calero S, et al. Validez del registro de las actividades preventivas en las historias clínicas: consumo y consejo antitabaco. *Aten Primaria* 1996;18:309-13.
33. Pérez-Trullén A, Clemente ML, Hernández Mezquita MA, Morales Blázquez MA. La autoeficacia como método de deshabitación tabáquica. *An Psiquiatría* 2001;7:22-9.
34. Pérez-Trullén A, Clemente ML. Otros métodos de deshabitación tabáquica. En: Barrueco M, Hernández MA, editores. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Ed. Pauan S.L., 2001;6:181-207.
35. Pérez-Trullén A, Clemente ML. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabitación tabáquica. *Arch Bronconeumol* 2001;37:184-96.
36. Pérez-Trullén A, Clemente ML, Carreras JM, Marrón R, Rubio E, Montañés C. Tratamiento farmacológico del tabaquismo con sustitutivos de la nicotina. *Aten Farm Eur J Clin Phar* 1999;1:252-62.
37. Clemente ML, Pérez-Trullén A, Carreras JM, Marrón R, Rubio E, Montañés C. Tratamiento farmacológico no nicotínico del tabaquismo. *Aten Farm Eur J Clin Phar* 1999;1:357-67.
38. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and process of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consul Clin Psychol* 1983;51:390-5.
39. Prevención de hábitos tóxicos en la infancia y la adolescencia. Programas Básicos de Salud de la semFYC. Programa del Niño 2000;2:247-52.