

CONFERENCIA

«El hábito tabáquico en el niño»

A. CUETO ESPINAR

Los problemas de la dependencia tabáquica son bien conocidos por todos los médicos y, aun cuando su actitud personal puede ser ambivalente, hay un acuerdo generalizado sobre la necesidad de adoptar medidas que permitan controlar su efecto negativo. Sin embargo, la oposición al efecto del tabaco no debe ser «cerril» y maximalista sino que debe reconocer que algunos de los efectos achacados al tabaco no están suficientemente demostrados y, en ocasiones, son independientes. Es importante no olvidar que el tabaco, a lo largo de la historia, ha sido atacado con saña o defendido más allá de lo razonable (8).

Como ejemplo de lo anterior puede considerarse el párrafo siguiente, escrito por un médico en 1620, «... seca el cerebro, obscurece la visión, vicia el olfato, embota y debilita tanto el apetito como el estómago, trastorna los humores y los espíritus, corrompe el aliento, induce temblor de los miembros, reseca la tráquea, los pulmones y el hígado y chamusca el corazón».

Por esos años el Papa mantuvo la amenaza de excomunión contra los consumidores de rapé y el zar de Rusia ordenó que a los fumadores se les cortara la nariz, después debían ser azotados y deportados a Siberia. Por el contrario, en 1657 otro médico recomendaba, en Londres, el uso

de hojas, extractos, ungüentos, polvos y lociones de tabaco, para curar una lista casi interminable de dolencias entre las que se citaban la jaqueca, sordera, dolor de muelas, resfriado, dolor de estómago, quemaduras, heridas, lombrices y las mordeduras de perro rabioso.

La preocupación por el hábito tabáquico en la infancia y adolescencia tiene más relación con el hecho de la adquisición de unos «comportamientos insanos» que con el propio efecto adverso a esta edad que, en términos generales, será más bien escaso.

Numerosos estudios fijan la edad de comienzo o de iniciación al tabaquismo alrededor de los 11 años. En un reciente trabajo, publicado por Salleras y cols (4), se recogen los datos de prevalencia de tabaquismo en Cataluña; se trata de una encuesta en población para comparar la situación en 1986 con la de 1982. Se observa que la mitad de los escolares han fumado (son fumadores diarios, ocasionales o exfumadores), pero estas cifras son optimistas si se toma en consideración el cambio producido a lo largo del tiempo, pues en el período 1982-86 se ha pasado del 75 % al 53 % (Tablas I y II). Estas cifras coinciden con la evolución en edades más avanzadas (15 a 24 años) donde la prevalencia, en varones, ha pasado del 58,6 %

al 38 %. En las mujeres, la disminución, entre 1982 y 1990, fue del 48 % al 37 %.

TABLA I. PREVALENCIA DE FUMADORES ACTUALES (DIARIOS Y OCASIONALES) SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD EN ESCOLARES DE 11-16 AÑOS (AMBOS SEXOS) DE CATALUÑA 1986

EDAD	Prevalencia de fumadores actuales
11 años	122 (2,5 %)
12 años	159 (7,5 %)
13 años	164 (6,7 %)
14 años	159 (10,7 %)
15 años	116 (43,1 %)
16 años	82 (54,9 %)
TOTAL	802 (17,2 %)

* Tomado de Salleras y cols. (14).

TABLA II. PREVALENCIA DE ESCOLARES QUE HAN FUMADO (FUMADORES DIARIOS, OCASIONALES Y EXFUMADORES) EN ESCOLARES DE 11 a 16 AÑOS. CATALUÑA 1982-1986

	1982 HAN FUMADO	1986 HAN FUMADO
Varones	429 (78,0 %)	387 (56,8 %)
Mujeres	376 (67,9 %)	415 (48,4 %)
Ambos sexos	805 (73,0 %)	802 (52,5 %)

* Tomado de Salleras y cols. (14).

Estudios realizados en USA sugieren que entre el 80-90 % de los fumadores se inician durante la infancia, y la adolescencia, en el hábito tabáquico y esto se completa con una información según la cual unos 3000 adolescentes se incorporan, en ese país al tabaquismo cada día (15).

En las tablas III, IV, V y VI se recogen datos de la C.E., antes de la entrada de España y Portugal. No se dispone nada más que de datos procedentes de estudios puntuales pero en el informe (15) se sugiere que la frecuencia puede estar aumentando en las chicas que en edades de 16 y 17 años casi no presentan diferencias con los muchachos. Es llamativo también, en esos datos, que la frecuencia aumenta rápidamente entre los 12 y 15 años aunque estos países prohíben la venta de tabaco a los menores de 16 años (algunos elevan ese límite a los 18 años).

Disminuciones tan fuertes como las que registran algunos estudios en nuestro País resultan sorprendentes y, por eso, sería oportuno recibirlos con un cierto grado de escepticismo hasta que nuevos hallazgos lo confirmen, pues, como dice Nebot (9), el propio retroceso en la aceptación social puede estar haciendo que las respuestas negativas sean más frecuentes de lo real.

Prevención del tabaquismo

El Consejo de Europa (1) señalaba que la prevención de cualquier hábito que significara el consumo de una sustancia con tendencia a crear dependencia, debía basarse en: a) limitar la disponibilidad de dicha sustancia, b) actuar sobre la personalidad y las preocupaciones del consumidor, c) intervenciones sobre el medio cultural en el que vive.

El primer grupo de actuaciones está formado por las medidas legislativas que establecen prohibiciones de venta o de consumo y aquellas otras que, mediante el incremento de los precios (elevando los impuestos), pretenden limitar la accesibilidad de la población. Esto se ha utilizado ampliamente y diversos estudios nos permiten valorar las diferentes aproximaciones que se han realizado en los países preocupados por este problema.

TABLA III. PORCENTAJE DE NIÑOS QUE FUMAN REGULARMENTE MAS DE UN CIGARRILLO POR SEMANA ⁽¹⁾

País	Año	Edad (años)						
		11	12	13	14	15	16	17
Irlanda (Dublín)	1980-81		21	31	39	37	32	31
Irlanda (rural)	1982		23	23	34	38	36	44
Inglaterra y Gales	1982	1	2	8	18	24	26	
Escocia	1982	3	6	8	21	29		
Inglaterra (ciertos condados)	1982	3	5	7	18	24	24	
Inglaterra (Londres)	1979	4	4	9	16	21	21	

(1) Tomado de G. Todd (15).

TABLA IV. PORCENTAJE DE NIÑOS QUE FUMAN REGULARMENTE MAS DE UN CIGARRILLO POR DIA ⁽¹⁾

País	Año	Edad (años)						
		11	12	13	14	15	16	17
Bélgica	1973-74	1*		10	8	24	29	35
Francia (París)	1978	1	5*		20*		40*	
Francia (3 regiones)	1978-79					10	22*	
Italia (10 ciudades)	1981					13*		
Inglaterra (ciertos condados)	1982	2	2	5	13	19	21	25
Inglaterra (Londres)	1979	1	2	6	11	17	17	13
Canadá	1978	2	6	11	19	24	29	32

* Indica valores para las dos edades, agrupadas.

(1) Tomado de G. Todd (15).

TABLA V. PORCENTAJE DE NIÑAS QUE FUMAN REGULARMENTE MAS DE UN CIGARRILLO POR SEMANA ⁽¹⁾

País	Año	Edad (años)						
		11	12	13	14	15	16	17
Irlanda (Dublín)	1980-81	—	10	18	29	27	32	34
Irlanda (rural)	1982	—	11	16	26	26	26	34
Inglaterra y Gales	1982	—	1	6	14	25	25	
Escocia	1982	—	5	10	21	26		
Inglaterra (ciertos condados)	1982	2	3	12	20	24	24	24
Inglaterra (Londres)	1979	3	5	12	17	23	19	13

(1) Tomado de G. Todd (15).

TABLA VI. PORCENTAJE DE NIÑAS QUE FUMAN REGULARMENTE MAS DE UN CIGARRILLO POR DIA ⁽¹⁾

País	Año	Edad (años)						
		11	12	13	14	15	16	17
Bélgica	1973-74	1*		5	10	16	26	28
Francia (París)	1978	0	3*		32*		46*	
Francia (3 regiones)	1978-79					16	16	
Italia (10 ciudades)	1981					13*		
Inglaterra (ciertos condados)	1982	0,5	1	6	13	18	19	20
Inglaterra (Londres)	1979	1	2	7	11	17	14	11
Canadá	1978	2	4	12	24	32	34	34

* Indica valores para las dos edades, agrupadas.

(1) Tomado de G. Todd (15).

El desarrollo de una prohibición, de cualquier tipo, en relación con el tabaco (ya sea sobre la publicidad, la venta o el consumo) abre, inmediatamente, la polémica sobre los derechos y libertades de las personas, individualmente consideradas.

Estos debates han sido utilizados durante mucho tiempo por la industria tabaquera para apoyar los intentos de defender sus propios intereses. El Gobierno Finlandés estableció, y fue uno de los pioneros en este tema, que las libertades constitucionales tenían como finalidad garantizar la crítica y la libre opinión de los ciudadanos y no la promoción de las ventas de sustancias peligrosas para la vida (discusión sobre publicidad y promoción de las ventas v.s. libertad de palabra, prensa y expresión). Por otra parte la libertad de los fumadores no era superior, sino todo lo contrario, a la libertad de los otros de no ser expuestos a un riesgo (12).

Se ha hecho mucho hincapié en la importancia de prohibir la venta de tabaco a los niños. En 1987 el estado de Colorado, en EE.UU., aprobó una ley que prohibía la venta de tabaco a las personas menores de 18 años. Un año después un grupo de voluntarios colaboraron en un estudio para

valorar la eficacia de esa norma legal (11). Comprobaron que el 64 % de los intentos para comprar tabaco se materializaron (55 % directamente con el vendedor y 100 % en máquina expendedora). No había diferencia si se hacía una agrupación en mayores o menores de 14 años. Entre otros hallazgos, pudieron comprobar que las ventas a menores eran más frecuentes en el medio rural.

Estos datos han sido confirmados por un estudio posterior, realizado en 1989, con datos que pueden considerarse representativos de todo el territorio USA (10). En dicha investigación se constata que el 41,2 % de los jóvenes de 12-15 años compran su tabaco en grandes almacenes (IC: 33,7 % ÷ 48,7 %) y el 79,3 % lo hacen también en pequeños comercios (IC: 72,4 % ÷ 85,2 %).

Es evidente, como estos datos demuestran, que la existencia de una Norma Legal, sea cual sea su rango, que limite la venta a menores de edad, no garantiza por sí misma la disminución del consumo tabáquico en la infancia.

Las autoridades españolas, más tarde que en otros países, pero en la actualidad con el mismo entusiasmo que el que se

observa en nuestro entorno, han establecido diversas limitaciones sobre el consumo de tabaco en lugares públicos. Estas limitaciones tienen poca importancia en el caso de los jóvenes pues ellos no fuman habitualmente en esos lugares, aunque para los adolescentes puede suponer una cierta limitación (autobús, metro, aulas, etc.).

Sin embargo puede ser interesante revisarlas rápidamente pues, incluso para el niño, tiene un efecto educativo indirecto muy importante y podrían considerarse dentro del apartado de intervenciones sobre el ambiente cultural. El niño percibe que fumar no es una costumbre que te abra todas las puertas y que, a veces, puede ser incluso negativo para tu aceptación social. Generalmente él lo verá en los mayores, pero comprobar que una persona mayor tiene que arrojar el cigarrillo al entrar en un local o al ser recibido por otra persona origina un cierto impacto en el niño, el cual puede llegar a ver al fumador como un «ser inferior».

Conseguir esta imagen es muy importante, en especial en ambientes donde los fumadores son dominantes pues en ellos el niño, llega a desarrollar una especial predisposición favorable al tabaco. Un pequeño estudio realizado en Montreal (6), y del cual se han publicado datos previos, permitió conocer que casi la mitad de los niños de menos de 6 años de familias fu-

madoras, tenían intención de fumar cuando fueran mayores.

De forma breve puede hacerse un comentario sobre la utilización de los precios como barrera para el consumo. Todos los países europeos utilizan esa técnica que supone que más del 60 % del precio de un paquete de cigarrillos corresponde a impuestos (Tabla VII). Esto puede tener importancia para los adultos cuyo consumo puede moderarse ante esta presión pero, en nuestra opinión, debe tener muy poca importancia en el caso de los niños que consumen cantidades pequeñas de tabaco y compran los cigarrillos sueltos, o los paquetes entre varios. No se debe olvidar que, por ejemplo en Asturias, en el 60 % de los niños asturianos de 11-12 años recibían, en 1987, semanalmente más de 200 ptas. y esa situación llegaba al 75 % entre los fumadores (3).

Educación para la salud

Como se decía al principio, el interés sobre la dependencia tabáquica, en el niño, está en conseguir desarrollar estrategias de intervención que promuevan en él un sentido de rechazo al tabaco para que, de forma consciente, evite el contacto con el mismo.

La educación para la salud tiene como objetivo la modificación, en sentido favorable, de los conocimientos, actitudes y

TABLA VII. COMPONENTES DEL PRECIO DEL TABACO (EN %)

	Coste de producción	Margen Comercial	Impuestos
Australia	13,1	19,5	67,4
Bélgica	22,3	10,6	67,2
Dinamarca	7,4	8,3	84,3
Francia	17,2	10,5	72,3
Holanda	22,2	11,5	66,4
Italia	14,7	10,9	74,5

comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades (13). Se comprende que ésta sea una metodología que ha atraído la atención de los sanitarios, para alcanzar el objetivo que se señalaba más arriba. En efecto, si lo que se desea es conseguir que el niño no se aficiona al tabaco parece razonable pensar que eso debe conseguirse mediante una educación apropiada.

Para que una intervención educativa sea efectiva es oportuno partir del reconocimiento de que debe estar integrada en el proceso educativo global, el cual se desarrolla en la escuela y la familia, con el apoyo del ambiente social en el que el niño se desenvuelve; pero la importancia que en cada comunidad tiene cada uno de esos elementos es variable, como también lo son los componentes de cada uno de ellos.

Por tanto es importante saber que, por ejemplo, la educación que se desarrolla en la escuela puede estar condicionada por factores tales como (7):

a) El ejemplo del maestro, cuya actitud puede ser muy negativa para todo el proceso, aunque el hecho de ser fumador no es, necesariamente, una situación adversa, si es capaz de usarla para reforzar la actitud de los alumnos.

b) El ambiente escolar, donde el niño puede percibir el rechazo al tabaco o, tal vez, un silencio cómplice.

c) Los compañeros que, de igual manera, pueden ser un factor de apoyo o un elemento desestabilizador. No debe olvidarse que en un estudio realizado en la antigua República Federal Alemana se encontró que el 38 % de los fumadores habían comenzado a fumar durante la edad escolar y, la gran mayoría de los trabajos sobre el tema, recogen la enorme influencia de los amigos en la iniciación al taba-

quismo. Que algunos trabajos reflejen un retroceso en la edad de iniciación al tabaquismo no invalida lo anterior, ni puede interpretarse como un cambio generalizado de los hábitos.

d) Las actividades escolares que sirvan de elemento compensatorio para los alumnos.

e) La familia. Se mencionó, con anterioridad, la influencia negativa de los padres, no obstante no puede interpretarse que unos padres fumadores están incapacitados para educar a su hijo en un estilo más saludable. Lo que si es evidente es que, si esos padres quieren ser eficaces, tendrán mayores dificultades para conseguir su objetivo.

En los últimos años se ha avanzado considerablemente en la integración de la educación para la salud y hoy estamos muy lejos de conceder la mínima utilidad a la «conferencia» o «charla» que, con la mejor voluntad, dirigía el médico o el enfermero/a a la población escolar. Frecuentemente, y en el mejor de los casos, los destinatarios agradecían aquel discurso que les libraba de las «mate» o de cualquier otra «odiosa» disciplina aunque fuera a condición de aguantar un rollo que no iba con ellos.

Dicho lo anterior conviene volver a una aseveración planteada previamente: la enseñanza de hábitos no tabáquicos, como toda la educación para la salud, debe integrarse con el conjunto de las materias curriculares. Existen opiniones discrepantes en este punto, pero la experiencia demuestra que cuando las materias relacionadas con la salud se pretenden desarrollar como una asignatura concreta se consigue, con frecuencia, crear una asignatura «maría», reflejo de la falta de aceptación social de la misma.

El objetivo de un programa escolar de prevención del tabaquismo sería conseguir

la no-experimentación y la abstinencia total por las razones siguientes (5):

a) Casi todos los niños que prueban el tabaco, acaban fumando.

b) El tabaco es nocivo a largo plazo, aun si se fuma pequeñas dosis (3-5 cigarrillos/día).

c) En la práctica, los fumadores acaban tomando dosis más altas (16 cigarrillos/día, promedio en España).

Para ello se deben hacer planteamientos específicos del programa para cada uno de los ciclos de EGB. En el *ciclo inicial* sólo se le deben transmitir ideas muy genéricas sobre los efectos que el uso y abuso de ciertas sustancias (entre ellas el tabaco) tiene para la salud. Debe conocer y comprender los conceptos de uso y abuso.

Como consecuencia de lo anterior se estimulará la abstinencia amplificando los beneficios de la misma para poder disfrutar de los juegos.

En el *ciclo medio* debe llegar a entender el riesgo de uso del tabaco, sus efectos nocivos tanto en los fumadores activos como pasivos, también deberá empezar a familiarizarse con los factores individuales y sociales que favorecen la adicción tabáquica.

A la vez se le deben proporcionar alternativas, entre las que se recomiendan, de modo especial, actividades deportivas y la iniciación en técnicas de relajación.

En el *ciclo superior* la formación será más completa y adaptada a la capacidad de aprendizaje de esta edad. Debe asimilar el concepto de riesgo de uso del tabaco, y sus efectos, y debe conocer las causas y consecuencias de la dependencia.

Verá al tabaquismo como un problema de consecuencias sociales y no solo individuales. Conocerá los factores psicológicos, físicos y sociales que lo condicionan. Deberá identificar los mensajes «subliminales» que se introducen en la publicidad y deberá aprender a valorar lo que ello significa de manipulación.

En esta etapa el joven deberá conocer la prevención, en la que ya se inició en el ciclo anterior.

En definitiva se trata de un proceso que encadena un año con el siguiente, y un ciclo con el consecutivo, de tal manera que el joven aprende de modo imperceptible unos hábitos que, además, tienen su fundamento en conocimientos teóricos. Esta enseñanza, con frecuencia, no se hace solo para el tabaco ya que suele aprovecharse para cuestionar otras sustancias que también producen dependencia.

Se han expuesto aquí algunos problemas relacionados con la prevención del hábito tabáquico, pero no se olvide que el fenómeno es mucho más complejo y requiere otras actividades complementarias que aquí no se han tratado.

BIBLIOGRAFIA

1. ANÓNIMO: *Education pour la Santé visant à prévenir les toxicomanies*. Strasbourg. Conseil de L'Europe. 1984.
2. ARY, D. V.; BIGLAN, A.; GLASGOW, R. *et al*: *The efficacy of social-influence prevention programs versus «standard care»: are new initiatives needed?*. J. Behav Med., 1990; 13: 281-96.
3. CASARIEGO POLA, F.: *Contribución al estudio de la prevención primaria del tabaquismo*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. 1989.
4. C. D. C.: *Cigarette sales to minor*. Colorado, 1988. Editorial note MMWR, 1990, 39: 795 y 801.

5. COMISIÓN PARA LA REDACCIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: *Orientaciones y programas. Educación para la Salud en la Escuela*. Generalidad de Cataluña y Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. 1986.
6. KISHCHUK, N.; MASSON, P.; O'LOUGHLIN, J.; SACKS-SILVER, G.: *Problems in measuring impact of smoking prevention intervention for very young children*. Can J. Public. Health, 1990; 81: 229-30.
7. LÓPEZ GONZÁLEZ, M. L.: *Proyecto pedagógico para la prevención del tabaquismo en la escuela*. Oviedo. AECC. Junta Provincial de Asturias. 1988.
8. MILLER, B. F.; BURT, J. J.: *Salud individual y colectiva. El hombre y la sociedad actual*. México. Interamericana. 1973.
9. NEBOT ADELL, M.: *Los jóvenes y el tabaco: ¿podemos ser optimistas?* Gac. Sanit, 1991, 5: 111-3.
10. PIERCE, J. P.; MILLS, S. L.; SHOPLAND, D. R.; MARCUS, S. E.: *Accessibility of cigarettes to youths aged 12-17 years*. United States, 1989. MMWR, 1992, 41: 485-7.
11. RAVESLOOT, L.: *Cigarette sales to minors*. Colorado, 1988. MMWR, 1990, 39: 794-5.
12. ROEMER, R.: *L'action législative contre l'épidémie mondiale de tabagisme*. Ginebra. OMS. 1983.
13. SALLERAS SANMARTI, L.: *Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y las bases estadísticas de la modificación de los comportamientos de salud* en G. Piédrola Gil y cols. «Medicina Preventiva y Salud Pública 9.ª ed. Barcelona. Masson-Salvat. 1991: 1039-51.
14. SALLERAS, L.; PARDELL, H.; PLANS, P.; FUENTES, M.; SERRA, L.; VAQUE, J.: *Epidemiología del tabaquismo en los escolares y jóvenes de Cataluña*. An. Esp. Pediatr. (pendiente publicación).
15. TODD, G.: *Statistics of smoking in the member states of the European Community*. Luxembourg. Office for Publications of the European Communities 1986.