

19

QUADERNS DE SALUT PÚBLICA

Guia per a la prevenció i el control del tabaquisme des de l'àmbit pediàtric



19

QUADERNS DE SALUT PÚBLICA

**Guia
per a la prevenció
i el control
del tabaquisme
des de l'àmbit
pediàtric**



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Guia per a la prevenció i el control del tabaquisme des de l'àmbit pediàtric. – (Quaderns de salut pública ; 19)

Bibliografia

ISBN 84-393-6374-5

I. Salleras Sanmartí, Lluís, dir. II. Taberner i Zaragoza, Josep Lluís, dir. III. Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social IV. Col·lecció: Quaderns de salut pública ; 19

1. Tabaquisme passiu en els infants – Catalunya 2. Adolescents – Consum de tabac – Catalunya 3. Tabaquisme – Catalunya – Prevenció

613.84-053.2(467.1)

© Generalitat de Catalunya

Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edita: Direcció General de Salut Pública

1a. edició: Barcelona, desembre de 2003

Tiratge: 3.000 exemplars

ISBN: 84-393-6374-5

Dipòsit legal: B-52.119-2003

Coordinació editorial: Secció de Publicacions i Imatge

Assessorament lingüístic: Rosa Chico

Disseny original: Ideograma, S.A.

Adaptació de la coberta i maquetació: Ortega i Palau, S.L.

Impressió: Novatesa Gràfiques, S.L.

Direcció d'aquesta edició

Lluís Salleras i Sanmartí

Director general de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Josep Lluís Taberner i Zaragoza

Subdirector general de Promoció de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Coordinació

Esteve Saltó i Cerezuela

M^a Neus Altet i Gómez

Grup de treball

M. Neus Altet i Gómez

Pediatra pneumòloga. Unitat de Malalties del Tòrax. Servei d'Atenció Primària "Ciutat Vella", Barcelona. Institut Català de la Salut

Rosa Fernández

Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Mireia Jané i Checa

Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Santos Liñán i Cortés

Pediatre pneumòleg. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, Barcelona. Institut Català de la Salut

M. Teresa Pascual i Sánchez

Pediatra pneumòloga. CAP Montnegre, Barcelona. Institut Català de la Salut

Esteve Saltó i Cerezuela

Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Secretari del Consell Assessor sobre Tabacisme a Catalunya

Joan Carles Surís i Granell

Pediatre. Unitat d'Adolescents de l'Institut Universitari Dexeus. Barcelona

Col·laboracions

José Alcaide Megías

Pediatre. Professor associat de Medicina preventiva. Universitat de Barcelona. Unitat de Malalties del Tòrax. SAP "Ciutat Vella", Barcelona. Institut Català de la Salut

Albert Balaguer Santamaria

Pediatre. Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Quim Cabra i Soler

Psicopedagog. Assessor del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola. Departament d'Ensenyament. Generalitat de Catalunya

Rosa M. Masvidal Aliberch

Pediatra. CAP Dr. Lluís Sayé, Barcelona. Institut Català de la Salut

Sílvia Roig del Valle

Infermera. Unitat de Malalties del Tòrax. Servei d'Atenció Primària "Ciutat Vella", Barcelona. Institut Català de la Salut

Hèlios Pardell i Alentà

President del Consell Assessor sobre Tabaquisme a Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Pere Simón i Vivan

Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Araceli Valverde i Trillo

Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Xavier Viñallonga i Sardà

Pediatre. Departament de Pediatria de l'Institut Universitari Dexeus, Barcelona

Suport administratiu

Ana Nogué Sánchez

Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Amb la col·laboració de la Societat Catalana de Pediatria

Presentacions

L'exposició a diversos factors de risc al llarg de la vida té com a conseqüència la pèrdua de salut i en molts casos provoca la mortalitat prematura. El tabaquisme està relacionat amb sis de les deu principals causes de mortalitat en el món, tant als països de rendes altes com als països de rendes baixes, de forma que, segons l'OMS, el càncer ha emergit com un dels principals problemes de salut pública en els països en desenvolupament tal com passa en els països desenvolupats. El tabaquisme i una dieta desequilibrada són responsables del 43 per cent de totes les causes de mort per càncer. La reducció del consum de tabac, un estil de vida saludable amb una dieta equilibrada i la detecció precoç amb la utilització de les noves tecnologies aconseguirien evitar una tercera part dels casos i curar-ne una altra tercera part. El compromís polític dels governs, i l'actuació dels professionals de la medicina i de l'educació sanitària en tots els nivells, poden contribuir al canvi de conducta de les persones en relació amb la seva salut. La tasca que tenim per endavant és gran, cal que ens hi posem. A Catalunya, les actuacions adreçades a la prevenció i el control de l'epidèmia tabàquica constitueixen un element clau de la política sanitària, i així ho preveuen les estratègies plantejades en el vigent Pla de salut de Catalunya 2002-2005.

Si la cessació tabàquica és important, encara ho és més no començar a fumar, perquè costa més abandonar aquesta addicció que evitar-ne l'inici. Els professionals de la pediatria són un element clau en la prevenció i el control del tabaquisme. Aquesta guia que us presentem té com a objectiu contribuir a la salut de la nostra població per mitjà de la implicació dels equips pediàtrics en la consecució de conductes de vida sana per part dels seus pacients, en aquest cas evitant-los les conseqüències del tabaquisme. Esperem que sigui un instrument valuós en el desenvolupament d'aquesta tasca.

Lluís Salleras i Sanmartí

Director general de Salut Pública

Se sap que el tabaquisme és perjudicial per a la salut des de la dècada de 1950. Des del punt de vista dels professionals de la pediatria, fins fa molt pocs anys el tabaquisme era quelcom llunyà, més aviat emmarcat en l'atenció dels metges de família. Va ser a la dècada de 1970 quan ens vam assabentar de les conseqüències negatives que el fum del tabac ambiental també té per a les persones que el respiren, i molt especialment per als nens: el tabaquisme passiu o involuntari és responsable de diverses patologies, n'agreuja d'altres i ha estat reconegut per les agències competents en la matèria com a carcinogen ambiental.

L'especialista en pediatria pot desenvolupar un paper decisiu en la prevenció i el tractament del consum de tabac en infants i adolescents, en la protecció dels seus pacients contra l'efecte nociu del fum del tabac ambiental i, també, pot oferir un consell valuós per a l'abandonament adreçat tant als pares i mares com als adolescents i joves fumadors. Els missatges d'educació sanitària transmesos pels professionals de la pediatria són, en general, ben acceptats pels pares i mares que vetllen per la salut dels seus fills i filles, i pels adolescents que coneixen la dedicació i cura que han tingut els especialistes en pediatria i en infermeria de pediatria durant la seva infantesa.

El propòsit d'aquesta publicació és ajudar els professionals de la pediatria a dur a terme aquesta tasca, per tal d'aconseguir que els nostres infants respirin un aire lliure del fum del tabac i que els adolescents es vegin lliures d'aquest hàbit addictiu. Els professionals de la pediatria podem ajudar individualment i col·lectivament a crear un món sense fum més saludable.

Josep M. Mauri i Puig

President de la Societat Catalana de Pediatria

Índex

1. La importància del tabaquisme. Aspectes epidemiològics	9
2. La implicació dels professionals que treballen en l'àmbit pediàtric	13
3. L'exposició passiva al fum del tabac ambiental (EPFTA)	15
3.1 Patologies associades	15
3.1.1 Efectes per l'exposició <i>in uter</i>	15
3.1.2 Efectes per l'exposició durant la infància	16
3.2 Fases d'intervenció des de l'àmbit pediàtric	17
3.3 Educació sanitària: la intervenció mínima	18
3.4 Abordar la motivació dels pares i mares	19
3.5 Informació necessària per a la intervenció	19
3.6 Informació que cal transmetre als pares i mares	20
3.7 Recomanacions específiques per a pares i infants	23
4. El tabaquisme en infants i joves	27
4.1 Situació actual	27
4.2 Efectes del tabac en els adolescents fumadors	32
4.3 Per què fumen els adolescents?	33
4.4 Com investigar l'hàbit tabàquic	37
4.5 Intervencions des de l'àmbit pediàtric	39
4.5.1 Com es pot ajudar l'adolescent	39
4.5.2 Bases per a l'abandonament	45
4.5.3 Tractament farmacològic	50
5. Conclusions	53
Annex	55
Bibliografia	57
Recursos a la xarxa	63

1. La importància del tabaquisme. Aspectes epidemiològics

Durant el decenni dels anys cinquanta es van publicar els primers estudis que demostraven els efectes nocius del consum del tabac. A la dècada de 1970 es van confirmar els efectes sobre els no fumadors exposats al fum del tabac consumit pels altres, es van definir les malalties produïdes pel tabaquisme com a causa major d'incapacitat i mort prematura, i en conseqüència es va reconèixer el tabaquisme, tant l'actiu com el passiu, com un dels problemes més greus de salut pública. Des d'aleshores s'han investigat els factors que condicionen l'inici del consum de tabac i la seva consolidació com a hàbit tòxic, i més recentment la seva consideració com a substància addictiva que produeix dependència.

A Espanya la prevalença del consum de tabac en adults va ser del 35,8% el 1997, i del 34,4% en l'últim estudi, portat a terme l'any 2001. Recentment s'han publicat les dades sobre l'evolució de la mortalitat atribuïble al tabaquisme i s'ha estimat que el tabaquisme va ocasionar, l'any 1998, 55.613 morts (una de cada quatre morts en els homes i una de cada quaranta en les dones) (Banegas JR, 2001).

A Catalunya l'any 2002, en la població major de 15 anys el 38% dels homes i el 26,6% de les dones eren fumadors; cal destacar, però, que els homes mostren una tendència decreixent des del 1982, en què la prevalença era del 58,3%, i en canvi en les dones s'observa un increment important durant aquest període, especialment a partir de 1998. De forma global, el 32,1% de la població catalana era fumadora l'any 2002, amb una prevalença del 37,2% en la població d'entre 15 i 64 anys (Saltó E, 2003; Jané M, 2002) (taula 1) (figura 1).

Quant a l'evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic en grups professionals amb paper exemplar, s'observen patrons favorables en tots els grups (taula 2). En els metges, entre 1982 i 2002 s'ha produït una reducció de 28,3 punts, passant del 52,8% al 24,5%. Respecte a enquestes anteriors s'han reduït les diferències entre especialitats, tot i que es mantenen amb una prevalença més baixa els especialistes en pneumologia, pediatria, medicina familiar i comunitària, i cardiologia, mentre que les xifres més elevades són les de les especialitats quirúrgiques (figura 2).

En el col·lectiu d'infermeria s'observa una reducció de la prevalença del tabaquisme de 7,3 punts, que passa de 42,4 el 1986 al 35,1 el 2002. En el grup professional de docents, la prevalença del tabaquisme que l'any 1982 era del 45,7% s'ha reduït al 29,8% l'any 2002, és a dir, una disminució de quasi 16 punts de prevalença. Malgrat aquestes millores, ens trobem enca-

ra lluny dels nivells baixos de consum que hi ha en aquests grups professionals a la majoria de països occidentals (Saltó E, 2002).

Finalment, en relació amb l'exposició passiva al fum del tabac, tot i no disposar de tantes dades, s'estima que en un context com el nostre entre un 47% i un 75% dels infants són fumadors passius a la llar, i que en el 50% la mare és la fumadora.

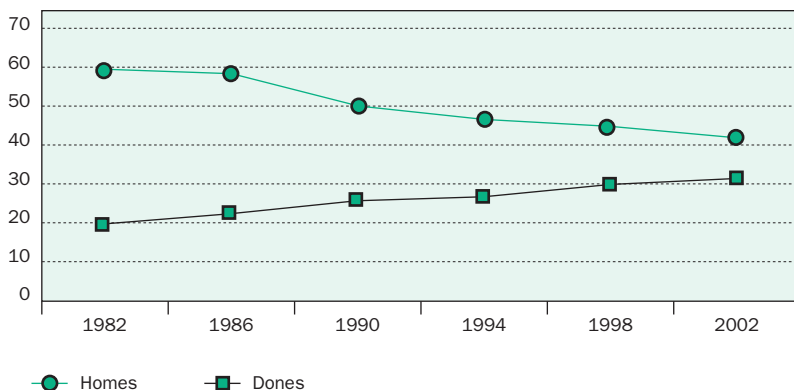
Taula 1. Tabaquisme¹ en la població jove i en la població general. Catalunya, evolució 1982-2002

	1982	1986	1990	1994	1998	2002
Edat	%	%	%	%	%	%
15-24 anys	53,2	52,3	38,3	36,1	44,2	39,9
15-64 anys	37,9	40,4	36,7	35,3	37,5	37,2
>15 anys	-	-	33,7	30,6	30,9	32,1

1 Consum diari i ocasional de qualsevol producte tabàquic.

Font: Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat i Seguretat Social (Saltó E, 2003).

Figura 1. Evolució de la prevalença del tabaquisme en la població d'entre 15 i 64 anys. Catalunya, 1982-2002



Font: Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat i Seguretat Social (Saltó E, 2003).

Taula 2. Prevalença de l'hàbit tabàquic¹ en grups professionals. Catalunya, 1982-2002

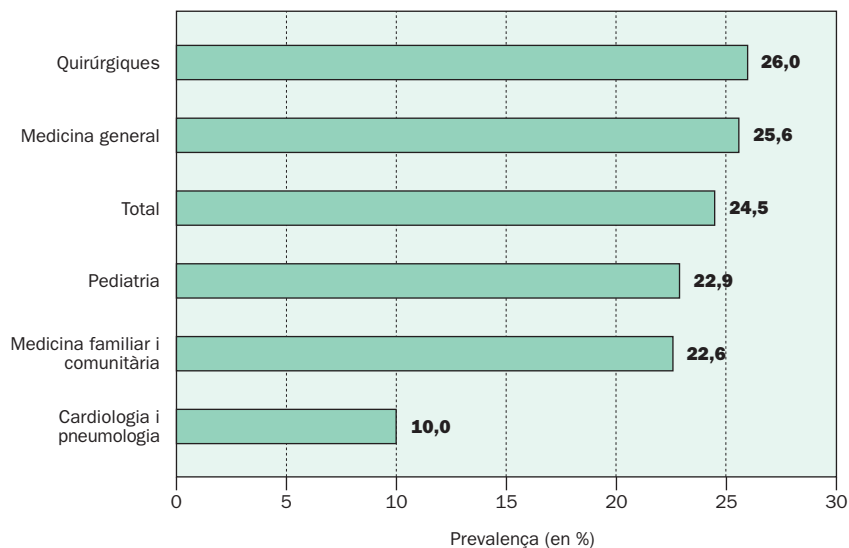
	1982 %	1986 %	1990 %	1996 %	2002 %
Personal mèdic	52,8	51,9	38,0	31,3	24,5
Personal d'infermeria	–	42,4	40,4	40,5	35,1
Personal docent ²	45,7	47,0	36,8	30,1	29,8

1 Consum diari i ocasional de qualsevol producte tabàquic.

2 Personal docent: mostra amb professionals de l'educació primària i de l'educació secundària.

Font: Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat i Seguretat Social (Saltó E, 2003).

Figura 2. Prevalença de l'hàbit tabàquic en algunes especialitats mèdiques. Catalunya, 2002



Font: Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat i Seguretat Social (Saltó E, 2002).

2. La implicació dels professionals que treballen en l'àmbit pediàtric

Hi ha raons importants que fan fonamental la implicació dels professionals de la pediatria i la infermeria de pediatria en la prevenció i el control del tabaquisme. Entre les més importants cal esmentar que:

- a) El tabaquisme passiu té greus conseqüències per a la salut dels nens i nenes de qui tenim cura.
- b) La proporció de dones joves fumadores va en augment. Aquestes són les futures mares, i això fa témer que aquest problema pot créixer en comptes de disminuir.
- c) L'inici del consum de tabac habitualment es produeix a l'edat pediàtrica, durant l'adolescència.

3. L'exposició passiva al fum del tabac ambiental (EPFTA)

Coneixem com a tabaquisme passiu la inhalació involuntària del fum del tabac fumat pels altres que contamina l'ambient dels espais tancats. El tabaquisme passiu també és conegut com l'exposició al “fum de segona mà” (seguint la terminologia anglosaxona), que és una barreja del fum exhalat pels fumadors i del fum produït en la combustió de la cigarreta. Els infants en són els principals perjudicats, ja que no tenen la capacitat d'evitar voluntàriament aquesta exposició i depenen directament de la voluntat dels adults que els envolten. Com més petits són, més solen estar exposats al fum ambiental, ja que resten més hores a casa respirant el fum dels seus pares o mares fumadors. Aquest apartat, doncs, s'adreça principalment als pares i familiars, i l'objectiu és reduir l'impacte de l'EPFTA en els infants.

3.1 Patologies associades

L'exposició involuntària al fum del tabac ambiental és reconeguda com a carcinògen per a les persones —Grup 1— per part de la International Agency for Research on Cancer (WHO-IARC, 2002). Les malalties respiratòries i circulatòries són unes de les causes més importants de morbiditat i mortalitat en els adults. Aquestes malalties poden començar en la infància com a conseqüència dels danys produïts per la perllongada exposició passiva als productes del tabac per via transplacentària i posteriorment per l'exposició ambiental.

3.1.1 Efectes per l'exposició *in uter*

Si la mare fuma, el nivell d'exposició del fetus als productes del tabac és molt semblant al que pateix el fumador actiu. Tant la nicotina com el monòxid carbònic i diversos quitrans són capaços de travessar la placenta i causar danys al fetus. L'acció de la nicotina i el monòxid carbònic produeix hipòxia placentària i en el fetus. Les conseqüències del tabaquisme matern sobre el fetus són: reducció del pes en néixer (una mitjana de dos-cents grams menys), alteracions endocrines, augment de la mortalitat prenatal (avortament espontani, placenta prèvia) i naixement cronològic prematur (American Thoracic Society, 1996; U.S. Department of Health and Human Services, 1989, 1994 i 2002).

El creixement i la funció pulmonar també queden afectats pel tabaquisme matern durant l'embaràs. Els estudis de la funció respiratòria en nounats a partir del volum de flux expiratori màxim de Tidal van mostrar una reduc-

ció (mitjana de 0,023) en les criatures de mares fumadores davant dels controls, i també s'ha trobat una reducció de la *compliance* respiratòria i un increment notori de la hiperreactivitat bronquial. Aquests efectes ja estan establerts abans del naixement, tal com s'ha observat en criatures prematures (Hoo AF, 1998; Castles A, 1999).

El consum de tabac per part de la mare durant l'embaràs incrementa el risc de mort sobtada del lactant durant el primer any de vida (Anderson HR, 1997). Estudis recents plantegen que el tabaquisme matern durant l'embaràs estaria associat a trastorns del comportament (de la conducta, del control motor, de l'atenció i dificultats cognitives) en els nens que se segueixen fins a l'edat de cinc anys: un 25% dels problemes de comportament dels nens podrien ser atribuïts a l'exposició fetal al tabaquisme matern especialment durant els primers mesos d'embaràs, i existiria una relació dosi-resposta amb la quantitat de cigarretes consumida per la mare (Landgren M, 1998).

3.1.2 Efectes per l'exposició durant la infància

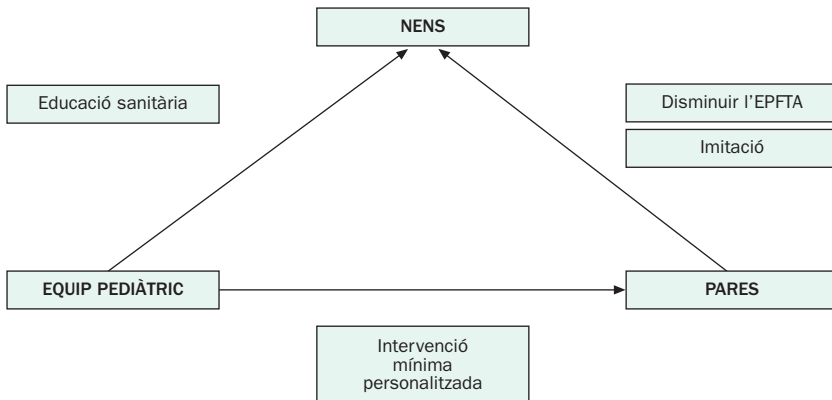
En nadons i lactants s'ha observat un increment de les hospitalitzacions a causa d'infeccions respiratòries agudes: episodis de sibil·làncies, sibil·làncies recurrents, bronquiolitis i pneumònies. La reducció de la funció pulmonar pot persistir durant la infància en els infants de mares fumadores. En nens i nenes de vuit a dotze anys nascuts de mares fumadores, durant l'embaràs es va trobar una reducció de l'1,7% del volum expiratori màxim als 0,75 segons; no s'ha demostrat, en canvi, cap efecte afegit pel consum tabàquic de la mare després del naixement. Pot semblar, doncs, que els efectes nocius sobre la funció pulmonar es produeixen fonamentalment pel tabaquisme matern durant l'embaràs. De tota forma, és difícil separar els efectes produïts pel tabaquisme matern durant l'embaràs i després de néixer, ja que en general les mares que fumen durant l'embaràs continuen fumant després del part.

Altres patologies associades al tabaquisme passiu són: infeccions agudes i repetides del tracte respiratori superior (adenoiditis, otitis i amigdalitis) i del tracte respiratori inferior (bronquitis, pneumònies, agreujament de l'asma, increment de la hiperreactivitat bronquial i desenvolupament de tuberculosi pulmonar immediatament després de la infecció primària) (American Thoracic Society, 1996; Alcaide J, 1996; Altet MN, 1996; Cook DG, 1999; Le Souëf PN, 2000).

Els efectes sobre l'afectació en el transport de l'oxigen també s'han demostrat en el tabaquisme passiu, així com un risc superior de patir alguns tipus de càncer durant els primers anys de vida i posteriorment en l'edat adulta (Williams CL, 2002).

3.2 Fases d'intervenció des de l'àmbit pediàtric

Figura 3. Accions dels professionals que treballen en l'àmbit pediàtric en la prevenció i el control del tabaquisme



EPFTA: Exposició passiva al fum de tabac ambiental.

Com veurem més endavant (apartat 4.5), tant els especialistes en pediatria com en infermeria pediàtrica poden actuar directament sobre els infants utilitzant missatges d'educació sanitària per influir en la presa de decisions que els ajudin a afrontar les pressions socials que els indueixen a iniciar-se en l'hàbit (figura 3). Aquesta tasca haurà de començar abans que la criatura arribi a l'adolescència, per tal que tingui conceptes clars en el moment de dir "NO" al consum de tabac. Però també es pot actuar sobre els nens i nenes mitjançant una acció directa sobre els pares i mares, especialment sobre els que són fumadors, realitzant el que s'anomena "intervenció mínima". Des del punt de vista del tabaquisme a la llar, la intervenció mínima té com a objectiu principal disminuir l'exposició passiva de l'infant al fum del tabac, especialment quan aquest presenta patologia associada o agreujada pel tabaquisme patern o matern. Com a objectiu secundari es vol contrarestar el model negatiu que representen els pares fumadors en el procés socialitzador de la criatura.

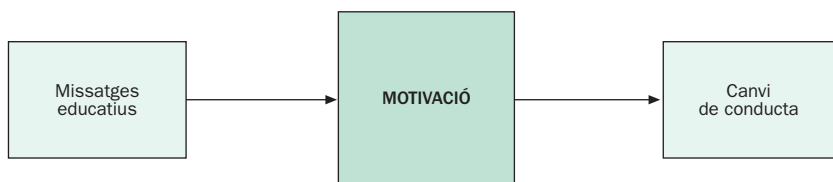
Hi ha mètodes conductuals mitjançant els quals es pot aconseguir controlar l'EPFTA al voltant dels infants i que poden ser adoptats pels fumadors,

i per totes les persones que tenen cura de l'infant de forma ocasional o permanent, siguin fumadores o no. Els fumadors poden deixar de fumar o restringir el consum de cigarretes en el moment o en el lloc on siguin en presència de l'infant. Els pares, siguin fumadors o no, poden sol·licitar que a la seva llar els fumadors no fumin o no ho facin a les habitacions on hi ha les criatures. També, poden escollir ambients lliures de fum quan són fora de la llar, ensenyar els nens i nenes a no romandre molt de temps on l'ambient és carregat de fum i, finalment, donar suport a les normatives que estableixen que els llocs públics siguin lliures de fum (Altet M i Pascual MT / Sociedad Española de Neumología Pediátrica, 2000; Lund KE, 1998).

3.3 Educació sanitària: la intervenció mínima

Està ben demostrat que un consell breu (menys de tres minuts), fet amb fermesa, acompanyat del lliurament d'un fullet amb consells o instruccions per deixar de fumar, i l'avís que es farà un seguiment, pot aconseguir com a mínim un 5% d'abstinències dotze mesos després de la intervenció.

Figura 4. Intervenció mínima



S'han aconseguit taxes superiors d'èxit mantingut afegint al consell mèdic fullets d'autoajuda, la mesura del CO espirat, el consell estructurat d'infermeria i el seguiment actiu. Malgrat el gran impacte potencial del consell mèdic sobre la decisió d'un pacient de deixar de fumar, els metges perdem moltes oportunitats d'ajudar. Si els metges practiquéssim la intervenció mínima, cada any es podria aconseguir una reducció del 5 al 10% de les persones fumadores (Pardell H, 1996; Salleras L, 1985, 2001).

Com a millor estratègia per reduir l'EPFTA —deixant de banda que els pares fumadors deixin de fumar, i mentre això arriba—, la intervenció mínima s'ha de dirigir a aconseguir que les habitacions que es comparteixen amb els infants a la llar siguin espais lliures de fum. Per aconseguir la col·laboració dels pares i mares en la nostra tasca de disminuir els riscos, cal que els no fumadors continuïn sense fumar i que els fumadors no exposin els seus

fills i filles al fum del tabac. Als primers cal donar-los l'enhorabona i felicitar-los per tal d'estimular la seva condició de no fumadors. En els fumadors és imprescindible aconseguir un canvi de conducta (figura 4). (Vegeu l'annex).

3.4 Abordar la motivació dels pares i mares

És clar que el coneixement per si sol molt sovint no aconsegueix que els pares i mares deixin d'exposar els seus fills al fum del tabac que ells generen. De fet, moltes persones fumadores coneixen el risc que fumar té per a ells mateixos i per als seus fills i filles, i malgrat això no ho deixen; no hi haurà un canvi de conducta si no hi ha, prèviament, un bon nivell d'informació. La informació actuarà sobre aquells factors que motiven l'individu a considerar i dur a terme un canvi conductual. Així, els missatges dirigits cap a la necessitat de seguretat, amor, estima i autorealització dels pares i mares com a tals tenen un paper molt important en el control de l'EPFTA (WHO, 1999; Salleras L, 1985).

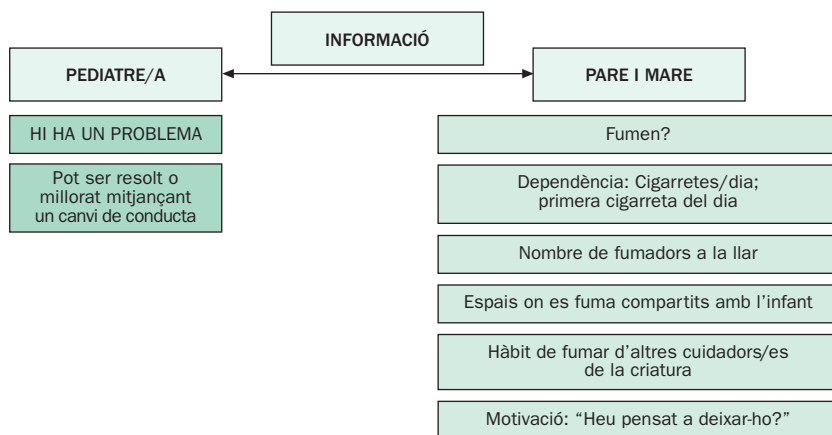
Comprometre's amb les conductes de control del tabaquisme passiu té inconvenients socials, especialment per a les persones fumadores. Arran de les prohibicions de fumar en els llocs públics i a molts dels llocs laborals, l'únic espai que li queda a la persona fumadora és casa seva. En aquesta situació haurem de "negociar"; demostrar-li els beneficis del canvi de conducta i ajudar-la a pensar què és el que pot fer mentre no decideix deixar de fumar: sortir de casa, obrir les finestres, sortir al balcó o destinar una habitació per fumar (on no hi siguin els infants). Cal considerar que aquest problema es presentarà també quan els amics i amigues fumadors vinguin a casa. Fer-li veure tots els inconvenients que se li presenten per la seva addicció pot ser una estratègia per iniciar el canvi (Wakefield MA, 2000; Hovell MF, 2000).

3.5. Informació necessària per a la intervenció

El coneixement és essencial per dirigir el canvi de conducta i és fonamental tant per a les unitats d'atenció pediàtrica com per als pares (figura 5). Cal conèixer el nombre de persones fumadores que hi ha a la casa, els espais on es fuma i que són compartits amb l'infant, l'hàbit tabàquic de les altres persones fumadores i la seva postura davant les recomanacions que pensem fer. Una qüestió important és conèixer la motivació del pacient per abandonar l'hàbit de consum. Hi ha qüestionaris senzills com el test FTND o la classificació segons el Model transteòric del canvi de conducta, que s'utilitzen per obtenir informació i catalogar el nivell de dependència de les persones fumadores i conèixer el seu grau de motivació per a l'aban-

donament (vegeu l'apartat 4.5.2). Respecte a la dependència nicotínica, hi ha dues qüestions importants: una és el nombre de cigarretes que es fumen al dia, i l'altra és si la primera cigarreta s'encén menys de trenta minuts després de llevar-se. Com més cigarretes diàries i menys temps transcorregut des que s'han llevat i han encès la primera cigarreta del dia, més dependència nicotínica.

Figura 5. La informació és fonamental per a la intervenció de l'especialista en pediatria i en infermeria de pediatria



3.6 Informació que cal transmetre als pares i mares

D'entrada els professionals de la pediatria han de transmetre el missatge que hi ha un problema i que aquest problema es pot millorar o resoldre amb bona predisposició i un canvi de conducta. La informació que s'ha de donar està en funció dels coneixements i les actituds dels pares i mares. És important que els missatges es donin en una situació en què aquests no estiguin bloquejats emocionalment ni psicològicament per la situació clínica de l'infant. Si aquest és justament el cas, esperarem; ja tindrem altres moments per abordar el tema.

Els missatges educatius seran més efectius...

- Si són breus, clars, fets amb fermesa, amb un cert humor (sense excedir-se), repetits al principi i al final de l'entrevista amb les mateixes paraules, i en nombre limitat.
- Si el contingut és percebut com a personalment important, ja que fa referència als seus interessos personals (“Compromet la seva salut i la de la seva família”), als seus valors (“Està sometent el seu fill a un risc que no ha elegit”), a la seva autoestima (“Com a pare bo i responsable”).
- Si es percep una probabilitat més alta que l'efecte no desitjat es produeixi. “Les criatures exposades al fum del tabac tenen més probabilitat que les que no hi estan a tenir malalties respiratòries.”
- Si es percep que hi ha més susceptibilitat a l'efecte: “El fum del tabac afecta més els pulmons dels infants més petits.”
- Si es percep més eficàcia del canvi de conducta: “Si deixen de fumar al voltant de la nena, tindrà menys infeccions de les orelles.” “Millorarà de la bronquitis.”
- Si els pares tenen un sentiment més alt d'autoeficàcia: ens referim al concepte que té el pare o la mare fumadors d'aconseguir ells mateixos i de demanar als altres, especialment a les visites, que no fumin a casa o que ho facin a les habitacions on no hi ha l'infant.
- Si els missatges que utilitzen la por com a factor de motivació es construeixen amb cura, tenint en compte el grau de por que poden aguantar els pares sense bloquejar-se. La por es produeix quan un pare o mare creu que: 1) la seva conducta pot tenir conseqüències greus (“Els pulmons de la seva nena estan sent danyats per l'exposició al fum del tabac”), i 2) hi ha més susceptibilitat al dany (criatures petites, de baix pes en néixer, amb altres malalties concomitants).

És important enfocar la informació sobre el fum del tabac i els seus efectes en els no fumadors. No s'ha de dirigir aquesta informació cap a una polemització de les persones fumadores contra les no fumadores. El que interessa als especialistes en pediatria i en infermeria pediàtrica és que no es fumi a prop dels infants, utilitzant els termes que van des de la causa (“tabaquisme passiu”) fins a la curació (“espais lliures de fum”). El contingut d'aquesta informació pot incloure estadístiques de la quantitat de les persones fumadores, de persones mortes per tabaquisme, informació gene-

ral sobre els efectes del tabaquisme passiu: els seus efectes immediats i a llarg termini, els compostos químics i additius que porta el tabac... Cal combinar la informació tècnica amb aspectes emocionals motivadors (International Union Against Cancer and American Cancer Society, 2002).

Alguns missatges que es poden fer servir són:

- “L’OMS estima que hi ha una porció important dels infants del món que respiren fum del tabac: són fumadors passius. Els nens i nenes que són fumadors passius tenen més probabilitat de patir:
 - infeccions de les vies respiratòries inferiors, com bronquitis i pneumònia,
 - infeccions de l’orella i els carnots,
 - agreujament dels símptomes si són asmàtics o pateixen bronquitis,
 - un risc augmentat quatre vegades de patir síndrome de la mort sobtada del lactant.”
- “Alguns efectes de l’exposició passiva al fum del tabac ambiental són molt ràpids. Per exemple, només respirar aquest fum durant 30 minuts produeix que les plaquetes de la sang s’activin. Aquestes plaquetes activades lesionen les parets de les artèries, cosa que pot produir malalties dels vasos del cor i el cervell.
- “Infants exposats al fum del tabac del pare i la mare a casa eliminen per l’orina quantitats de metabòlits de la nicotina que poden equivaler a quan es fuma entre una i cinc cigarretes al dia.”
- “En les dones embarassades l’exposició passiva al fum del tabac dóna com a conseqüència una afectació del creixement del fetus. El tabaquisme de les mares predisposa les criatures a ser prematures i a patir una síndrome de distrès respiratori.”
- “La vulnerabilitat dels infants al tabaquisme passiu és molt preocupant tant per raons mèdiques com ètiques. Els pulmons dels nens i nenes són més petits, no estan acabats de formar i el seu sistema immunitari està menys desenvolupat, cosa que fa que pateixin més infeccions respiratòries. Pel fet que són més petits respiren més de pressa i absorbeixen més quantitats per quilo de pes dels compostos químics del tabac. A més, les criatures no poden escollir lliurement marxar de l’habitació on es fuma, els infants no pregunten.”
- “Cada any a Espanya moren unes 55.000 persones per malalties que tenen relació o estan produïdes pel tabac. Les persones fumadores perden uns vint-i-cinc anys de la seva esperança de vida. Moltes famílies ho pateixen, sobretot els fills i filles.”
- “Quan una persona no fumadora es troba en presència d’una fumadora en un espai tancat es veu forçada a respirar dos tipus de fum: el fum

que surt de la cigarreta que es crema espontàniament, anomenat “corrent secundari”, i el fum que treu el fumador dels seus pulmons després d’haver-se’l empassat, anomenat a vegades “corrent terciari”.

- “El fum del tabac conté més de quatre mil compostos químics en forma de gasos i de partícules en suspensió que produeixen malalties dels bronquis, el cor i molts càncers. Conté el monòxid carbònic, que és el gas que treuen els cotxes pel tub d’escapament. Aquest gas impedeix que l’oxigen arribi a les cèl·lules, especialment a les del cervell i del cor.”
- “La cigarreta és un vehicle que transporta una droga: la nicotina. Per tal d’augmentar el seu poder addictiu l’indústria tabaquera hi afegeix additius. Es coneix més de sis-cents additius, alguns d’ells derivats de l’amoníac, que es volatilitza amb la combustió i incrementa la quantitat de nicotina que s’absorbeix.”

3.7 Recomanacions específiques per a pares i infants

Els nens i nenes petits són fàcilment convençuts que fumar és dolent i que no han de fumar, però aquestes idees són abandonades més endavant. Els missatges que no estan d’acord amb els patrons de comportament comuns a la societat no tindran un efecte permanent: els infants i els adolescents no retindran el missatge que fumar és dolent per a ells si la gent que veuen al seu voltant continua fumant tant si estan sans com si estan malalts, tant si són pobres com si són rics, tant si són feliços com si no ho són. Els missatges preventius només funcionen si el seu contingut reforça una idea dominant a la societat (Amigo Vázquez I, 1998).

Les següents recomanacions adreçades a pares i mares són vàlides de manera general:

- a) Parlar amb els fills i filles sobre el tabac, l’alcohol i altres drogues no sempre és fàcil, però tampoc és tan difícil com sembla. Cal aprofitar els moments adients com poden ser notícies dels diaris, escenes o pel·lícules a la televisió per començar la conversa. Què en pensen, sobre aquests temes?
- b) Cal participar en la vida dels fills i filles, conèixer els seus amics i amigues i els pares i mares dels amics i amigues. Són fumadors, els amics? Com és el seu comportament escolar? És bo conèixer què fan en el seu temps lliure, sense que es pensin que és una mesura de control, sinó que forma part de l’interès que tenim per conèixer el que li agrada.
- c) Digueu-li que l’estimeu. Siguen el seu “fan” més enfervorit: feu-li veure quins són els seus punts forts, les seves qualitats, aplaudiu el seu esforç i aquelles coses que el fan diferent per a vosaltres.

- d) Establiu normes per no fumar ni beure alcohol i concreteu les conseqüències de trencar-les. Els adolescents que perceben que els seus pares desaproven que fumin tenen menys probabilitats de ser persones fumadores.
- e) No compreu llaminadures que siguin publicitat de productes tabàquics com les cigarretes de xocolata: els infants que han consumit aquest tipus de llaminadures tenen un risc superior d'esdevenir persones fumadores.
- f) Ensenyeu-los a resoldre problemes: plantejar les situacions en què es poden trobar, escoltar què farien en un cas determinat i estudiar solucions alternatives és una bona estratègia per afrontar les pressions socials.

De manera més específica per edats, les recomanacions serien les següents:

Recomanacions per als infants de cinc a deu anys

- Ajudeu-los a conèixer les substàncies perilloses que hi ha al seu voltant, com els detergents, lleixius, pintures, medicaments. Llegiu algunes de les recomanacions que hi ha a l'envàs dels productes. Una droga és un compost químic que canvia el funcionament del cos, però no totes les drogues porten senyals que ens indiquen que són perilloses. Totes les formes de tabac porten una droga que s'anomena nicotina.
- Estimuleu en els nens i nenes la cura per la seva salut. Expliqueu-los com se sentiran de bé fent una vida saludable, per exemple després d'haver jugat un partit de futbol o de nedar a l'aigua del mar. L'ús del tabac, de qualsevol tipus de tabac, és dolent per a la salut.
- El fum del tabac té altres compostos químics que també fan mal, com el quitrà o el DDT. Els productes del fum que fuma la mare embassada fan mal al filllet que porta a la panxa.
- L'aire ens és necessari per viure. L'aire entra en els nostres pulmons quan respirem. El fum del tabac embruta l'aire que respirem. Quan hi ha fum de tabac és bo netejar l'aire obrint les finestres.
- No fumar o deixar de fumar és bo per a la salut. Però moltes persones que fumen s'ho passen malament per deixar de fumar.
- Molts focs que cremen els boscos son produïts per les restes d'una cigarreta mal apagada.
- Molts nois i noies joves no fumen.

- Alguns anuncis publicitaris intenten induir-te que comencis a fumar. També hi ha alguns amics o familiars que poden influir-te perquè deixis fumar. Però les persones joves poden resistir aquestes pressions, poden dir “no” al tabac.
- Hi ha lleis i normes que regulen la venda i l'ús del tabac.
- És bo que es comprometin a no fumar i a dir als altres que no fumin.

Recomanacions per als infants d'onze i dotze anys

- Ensenyeu-los què han de sentir envers el tabac, l'alcohol i les altres drogues. Ajudeu-los a processar la gran quantitat d'informació que els arriba per mitjà dels diaris, la ràdio i la televisió. Pregunteu i escolteu què en pensen i quines preguntes tenen. Parleu-los de les conseqüències immediates que té l'ús del tabac; les conseqüències tardanes són massa lluny.
- Hi ha molts joves i adults que no fumen. Molts joves han dit que NO. Expliqueu-los per què no fumen. Prefereixen la salut. Mantenir l'ambient lliure del fum del tabac és beneficiós per a la salut. Escolliu i comenteu algun exemple (esportistes o personatges coneguts que no fumen o han deixat de fumar).
- Utilitzar el tabac per combatre l'estrès o el pes, per semblar més gran o per fer més amics és una forma molt poc saludable per aconseguir-ho. Hi ha molts nois i noies que no volen amics i amigues que fumin.
- Moltes persones fumadores voldrien deixar de fumar i, encara que coneixen els efectes dolents que té el tabac per a la salut, no poden deixar-ho perquè l'addició a la nicotina els ho impedeix. Però hi ha programes que poden ajudar les persones fumadores a abandonar el consum de tabac.
- Els fabricants de tabac utilitzen nombroses estratègies dirigides cap als joves per incitar-los a fumar, com les imatges dels anuncis en què es veuen nois i noies macos, somrients, amb atractiu sexual i feliços. Et volen fer creure que si tu fumes seràs com ells. Això no és el que nosaltres veiem als hospitals cada dia.
- Recordeu establir normes sobre l'ús del tabac, l'alcohol i altres drogues. I de fer-les complir.

- Expliqueu-los les conseqüències associades al consum de tabac i alcohol amb exemples pràctics. Segur que coneixeu alguna persona amiga, familiar o veïna que està patint alguna malaltia que té relació amb el seu consum. També als diaris i la televisió.
- Escenifiqueu situacions en les quals algun amic o amiga li ofereix tabac o altres substàncies: ensenyeu-li a dir “no”. Expliqueu-li que en aquest assumpte, com en d’altres, ha de fer la seva voluntat i no la dels seus amics i amigues, i així no aconseguirà ser ell mateix o ella mateixa.
- Els pares li han de dir com l’estimen i quines són les coses que el fan tan especial. També hi poden participar els professionals que treballen en l’àmbit pediàtric donant suport a les explicacions dels pares. Reforceu l’autoestima en aquests anys de la preadolescència.

4. El tabaquisme en infants i joves

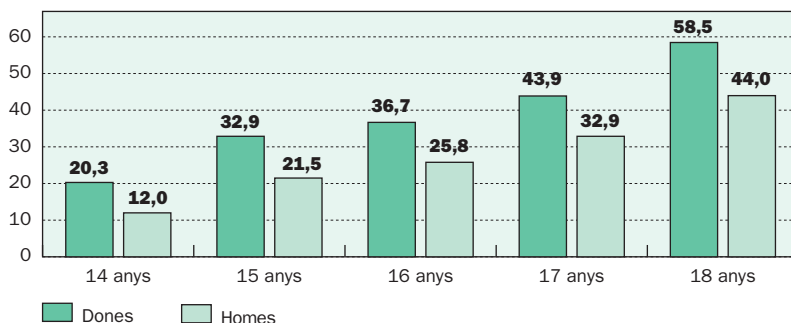
4.1 Situació actual

Malgrat campanyes i programes preventius en els països desenvolupats, entre un terç i la meitat dels escolars experimenten amb el tabac abans d'acabar l'educació secundària. Dades dels EUA mostren que un 26% dels adolescents de quinze anys han fumat almenys una cigarreta el darrer mes; de la mateixa manera, un exhaustiu estudi realitzat a trenta països europeus mostra que en aquesta mateixa edat s'arriba a un 30% de fumadors (un 38% en els països de l'est europeu).

A l'Estat espanyol, dades publicades per l'Observatori Espanyol sobre Drogues del Pla Nacional sobre Drogues (de juliol de 2002) presenten el tabac com la droga més consumida, després de l'alcohol, entre els estudiants de secundària: un 34,4% declaren que han fumat en alguna ocasió, un 30,5% en els darrers trenta dies i un 29,2% fuma actualment; un 5,2% es defineixen com a exfumadors (taula 3). Els escolars que declaren haver fumat el darrer mes es distribueixen entre un 70,9% de consumidors diaris, un 23,6% de consumidors setmanals i un 5,4% de fumadors esporàdics. La mitjana de consum se situa en set cigarretes/dia.

L'edat també està clarament associada al consum de tabac, i la prevalença de consum creix des dels catorze fins als divuit anys. Les prevalences són més elevades entre les noies per a totes les edats estudiades, i les diferències entre sexes s'accentuen amb l'increment de l'edat, com es pot veure a la figura 6, entre aquells que han fumat els últims trenta dies.

Figura 6. Prevalença de consum de tabac entre els estudiants d'educació secundària segons el sexe i l'edat (consum dels darrers trenta dies). Espanya, 2000



Font: Observatori Espanyol sobre Drogues, Pla Nacional sobre Drogues. Ministeri de l'Interior. Informe núm. 5, juliol de 2002.

Taula 3. Evolució de les prevalències dels consums de tabac entre els estudiants d'educació secundària segons l'edat i el sexe. Espanya, 1994-2000

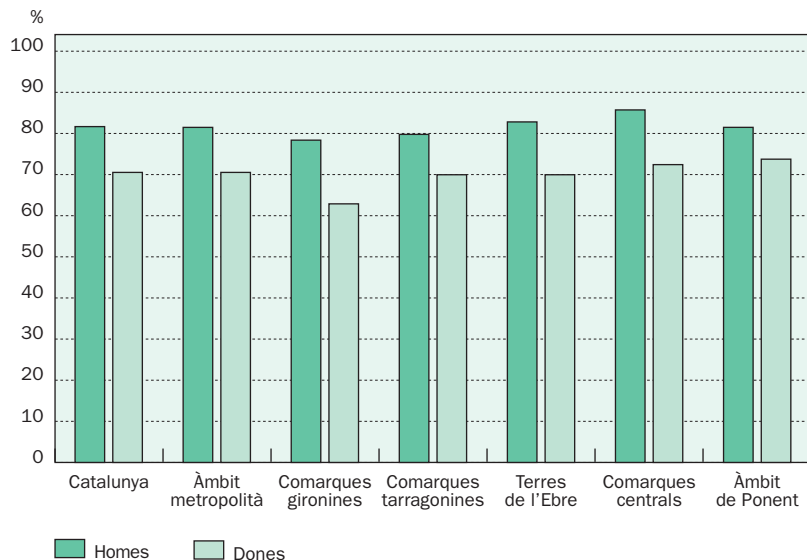
	Alguna vegada (%)				Últims 30 dies (%)			
	1994	1996	1998	2000	1994	1996	1998	2000
Total	34,1	34,6	34,7	34,4	28,1	29,2	28,3	30,5
Sexe								
Homes	29,6	28,9	28,8	28,9	23,4	23,7	22,7	25,2
Dones	38,7	40,0	39,8	39,9	32,9	34,5	33,3	35,8
Edat								
14 anys	20,4	21,2	22,5	20,0	14,5	15,0	15,8	16,4
15 anys	31,8	30,5	31,9	31,2	24,9	24,9	26,0	26,9
16 anys	37,7	38,3	39,4	35,2	31,9	33,1	32,5	31,2
17 anys	40,5	39,3	41,3	42,1	35,1	34,6	35,5	38,6
18 anys	48,6	52,8	54,0	54,9	43,1	47,2	46,5	51,2

Font: Observatori Espanyol sobre Drogues, Pla Nacional sobre Drogues. Ministeri de l'Interior. Informe núm. 5, juliol de 2002.

A Catalunya, en un estudi recent (Surís JC, 2002) portat a terme en una mostra de set mil escolars d'entre catorze i dinou anys, el 82% de les noies i el 71% dels nois declaren que han fumat tabac "alguna vegada". Hi ha poques diferències entre els diversos àmbits territorials, amb l'excepció de les comarques gironines, on la taxa entre els nois és més baixa (63%) (figura 7).

En el conjunt del territori hi ha més noies que nois que hagin fumat tabac alguna vegada, i també és molt més freqüent que les noies fumin diàriament. Una tercera part de les noies i un 21% dels nois declaren que fumen cada dia, de manera que la prevalença total és del 26,2% de fumadors diaris; si a això hi afegim els que declaren fumar "bastant sovint" (6,6%), la prevalença puja fins al 32,8% en aquest grup de població jove.

Figura 7. Prevalença de tabaquisme en adolescents escolaritzats (de 14 a 19 anys) segons l'àmbit geogràfic. Catalunya, 2001



Font: JC Surís, N. Parera. *Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya 2001*. Fundació Santiago Dexeus, 2002.

La mitjana d'edat d'iniciar-se al consum de tabac se situa, per als joves d'ambdós sexes, al voltant dels 13,5 anys, però els joves de les Terres de l'Ebre i els nois de l'àmbit de Ponent s'hi inicien mig any abans, al voltant dels tretze (taula 4).

Taula 4. Consum de tabac en adolescents escolaritzats (14-19 anys) segons l'àmbit geogràfic i el sexe. Catalunya, 2001

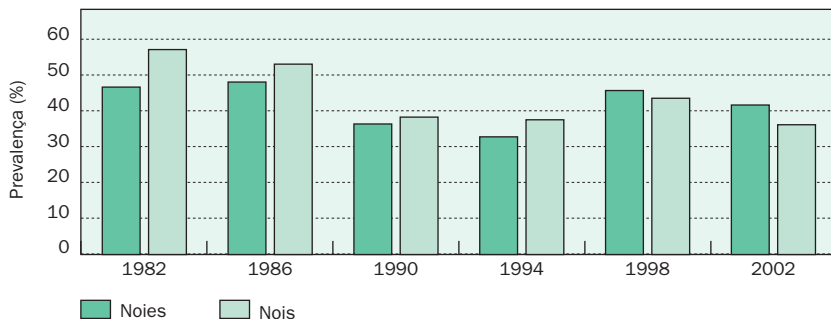
Nois	Mai (%)	Només una vegada (%)	Alguna vegada (%)	Bastant sovint (%)	Cada dia (%)	Només els caps de setmana (%)	Edat d'inici (en anys)
Catalunya	28,7	15,6	24,2	6,1	21,2	4,1	13,3
Àmbit metropolità	28,4	15,9	26,2	5,5	20,2	3,7	13,4
Comarques gironines	36,7	15,3	16,1	8,1	18,5	5,2	13,5
Comarques tarragonines	29,2	15,3	20,8	6,4	25,0	3,4	13,4
Terres de l'Ebre	28,5	13,8	24,4	5,7	15,4	12,2	12,9
Comarques centrals	26,8	14,1	22,5	7,0	26,2	3,4	13,1
Àmbit de Ponent	25,8	15,6	21,5	7,6	10,1	4,4	13,0
Noies							
Catalunya	18,4	12,9	24,4	7,0%	32,2	5,1	13,5
Àmbit metropolità	18,5	12,6	24,5	7,1	32,9	4,6	13,5
Comarques gironines	21,1	14,4	24,9	6,7	24,0	8,9	13,7
Comarques tarragonines	20,4	13,2	23,4	8,1	32,8	2,1	13,6
Terres de l'Ebre	16,9	11,4	17,5	6,6	38,6	9,0	13,0
Comarques centrals	14,6	12,3	24,6	6,9	33,9	6,0	13,6
Àmbit de Ponent	19,0	12,5	27,6	6,5	29,8	4,5	13,4

Font: JC Suris, N. Parera. *Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya 2001*. Fundació Santiago Dexeus, 2002.

Altres estudis d'àmbit local, especialment la llarga sèrie d'enquestes escolars de l'Ajuntament de Barcelona (Villalbí JR, 1999) també situen en xifres entre el 25% i el 30 %, segons les franges d'edat estudiades, el percentatge de joves fumadors regulars al final de l'adolescència.

Aquesta situació, no gaire satisfactòria, és el resultat però d'una evolució en dues fases que sembla haver seguit el tabaquisme entre la població jove a Catalunya (figura 8). Fins a la meitat dels anys noranta s'havia assistit a una davallada sistemàtica de la prevalença en el grup de 15 a 24 anys (primera franja etària en els estudis epidemiològics generals que es porten a terme a Catalunya, des de 1982 cada quatre anys). Aquesta tendència positiva es va produir en ambdós sexes, especialment en la dècada de 1980 (Saltó E, 1993), de manera que les xifres relatives als nois es van mantenir lleugerament per sobre de les xifres relatives a les noies.

Figura 8. Evolució del tabaquisme en la població jove (15 a 24 anys). Catalunya, 1982-2002



Font: Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat i Seguretat Social (Saltó E, 2003).

Malauradament, a partir de l'enquesta de 1998 canvia la tendència i es presenta un nou patró amb xifres més elevades (un 20% d'increment respecte a 1994), amb prevalences superiors en les noies i unes característiques d'hàbit (inici més precoç, més consum, associació amb altres substàncies o riscos, etc...) que compliquen el pronòstic de l'epidèmia actual entre les noves generacions d'adolescents del nostre país (Jané M, 2001 i 2002). Les darreres dades corresponents a l'Enquesta de salut de Catalunya 2002 (Saltó E, 2003) es poden interpretar positivament en el sentit que, potser, gràcies a una certa reacció per part de les institucions i entitats implicades (per exemple, amb la campanya i el programa escolar "El tabac, ben lluny") (Cabra Q, 1999 i 2002) s'ha aconseguit frenar l'increment de la prevalença en aquest grup d'edat jove i fins i tot sembla que reula una mica, especialment en els nois. Altres països occidentals, primer els anglosaxons i després la resta, han experimentat també aquesta ruptura negativa durant els anys noranta. Alguns d'ells (EUA, Regne Unit, Canadà) han accentuat les accions dirigides als col·lectius joves, i retroben actualment una tendència positiva, és a dir de reducció del consum entre adolescents i joves. En definitiva, a Catalunya i Espanya hi ha un marge encara molt ampli d'actuació en el camp de la prevenció i el control del tabaquisme, especialment per evitar o, si més no reduir, l'inici entre les joves. Aspectes legislatius (especialment que dificultessin l'accés dels menors als productes tabàquics, i que impedissin la promoció i el patrocini per part de l'indústria tabaquera d'activitats dirigides al jovent), aspectes fiscals (com l'encariment dels productes tabàquics a base d'una política de taxes que ens homologui amb Europa), i aspectes educatius i formatius (amb la promoció d'experiències i activitats intra o extraescolars que hagin mostrat ser realment efectius) són tres àmbits en els quals tenim encara molt a fer al nostre país (Pardell H, 2001; Villalbí JR, 2000).

4.2 Els efectes del tabac en els adolescents fumadors

El consum de tabac té uns efectes immediats sobre l'organisme de l'adolescent, però els efectes més seriosos es produiran vint anys o més després d'haver iniciat el consum regular del producte.

Entre els efectes immediats podem assenyalar processos respiratoris de les vies altes i baixes més freqüents i de més durada, amb tos persistent, obstrucció recurrent de les vies respiratòries baixes i retard del creixement de la funció pulmonar. Agreujament de l'asma.

Hi ha una relació dosi-resposta entre el tabaquisme de l'adolescent i la raó del FEV1/ FVC i també amb el FEF 25-75 que es pot observar ja amb baixes quantitats del consum de cigarretes. Les noies semblen més vulnerables que els nois als efectes nocius en el creixement de la funció pulmonar (Whithers NJ, 1998; Le Souëf PN, 2000; International Union Against Cancer, 1996).

Els efectes immediats sobre el sistema cardiovascular han estat demostrats en adults joves fumadors, i són: taquicàrdia, augment de la tensió arterial, descens de la vitalitat i tolerància al exercici, vasoconstricció coronària, elevació de la concentració de carboxihemoglobina i increment del risc de trombosi. En nens fumadors passius i en adults joves fumadors s'han trobat canvis en las lipoproteïnes sèriques: increment de triglicèrids, de lipoproteïnes de densitat molt baixa (VLDL) i de densitat baixa (LDL) i nivells més baixos de colesterol HDL (Williams CL, 2002; International Union Against Cancer, 2002).

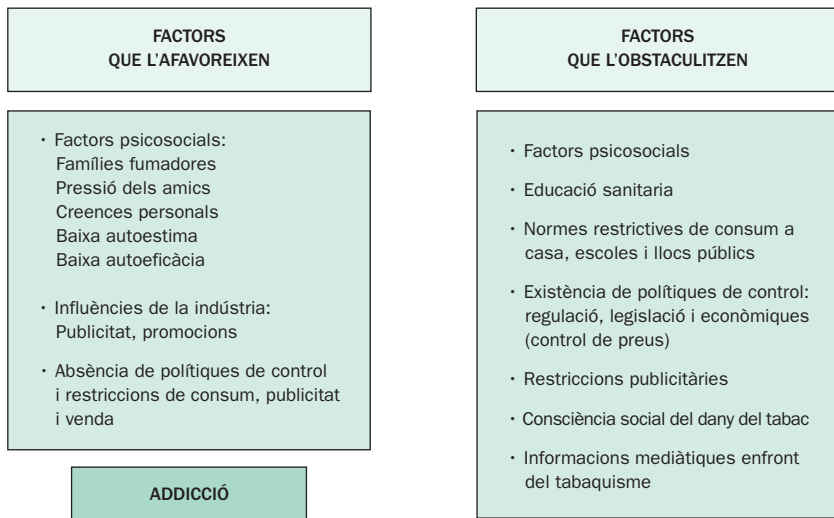
L'addicció, la depressió immunitària, l'augment de l'absentisme escolar, l'halitosi, la disminució del rendiment en la pràctica dels esports, la disminució de la fertilitat, l'envelliment de la pell i les taques a les dents són altres efectes indesitjables descrits (WHO, 2002).

Sobre els efectes a llarg termini del consum de tabac, cal esmentar el risc de patir malalties produïdes o agreujades pel tabac, que augmenta quan el consum regular s'estableix durant l'adolescència. Hi ha prou evidències per considerar que el fum del tabac conté agents carcinògens i que el tabaquisme produeix diversos tipus de càncer (vies respiratòries, aparell digestiu, ronyó i vies urinàries, pàncrees), mutacions genètiques i malformacions cromosòmiques a més de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), malalties cardiovasculars i arteriosclerosi. S'ha demostrat que el risc de patir càncer de pulmó i malalties cardiovasculars s'incrementa com més jove s'inicia el consum regular de tabac (WHO, 2002; American Thoracic Society, 1996; U.S. Department of Health and Human Services, 2002).

4.3 Per què fumen els adolescents?

L'inici i el manteniment de l'hàbit són processos complexos, i l'evolució des de l'experimentació fins a la consolidació es produeix en fases. En la primera etapa hi ha dues tipologies de nens o joves: els que no pensen a fumar i que considerem "no susceptibles" i els que pensen que poden fumar, que potser ho faran (d'entrada no ho rebutgen), que són els anomenats "susceptibles". En els joves susceptibles hi ha una fase de preparació fins que comencen a experimentar amb el consum. Poden persistir com a experimentadors durant mesos o anys, fins que poden passar a ser fumadors habituals o bé no seguir endavant. Hi ha alguns factors de risc que influeixen en aquesta evolució: l'inici està relacionat fonamentalment amb factors ambientals, mentre que el manteniment ho està amb factors personals i bioquímics (Tyas SL, 1998; U.S. Department of Health and Human Services, 1994; Cabra Q, 1999) (figura 9).

Figura 9. Factors que influeixen en l'ús del tabac



La persona jove que no fuma rep missatges sobre el tabac. Pot ser susceptible o no a aquests missatges. En l'adolescent susceptible la percepció del comportament tabàquic dels pares, germans grans i mestres són els principals factors psicosocials que influeixen en l'inici, que sol produir-se entre els onze i els quinze anys. Cal remarcar el paper rellevant que té

la mare fumadora: l'hàbit tabàquic de la mare durant la infantesa del nen augmenta gairebé el doble el risc que l'infant esdevingui una persona adulta fumadora (Díez E, 1998).

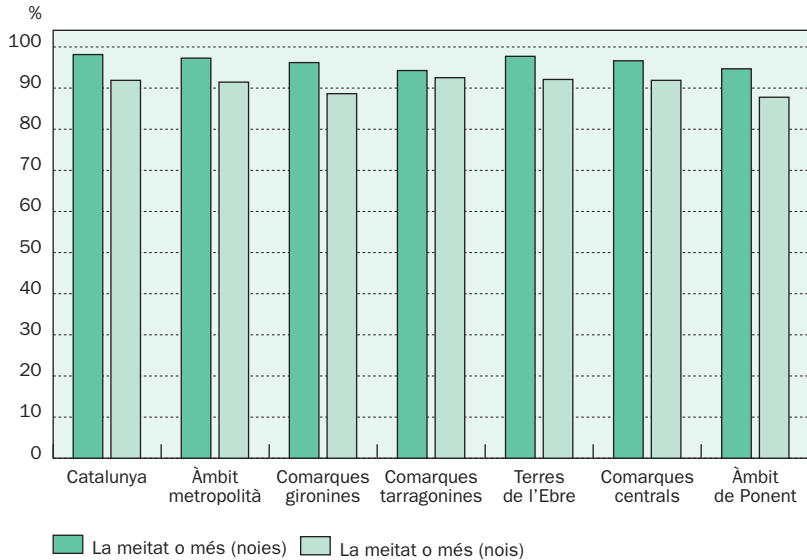
També s'ha d'emfasitzar el paper clau que tenen els missatges de la indústria tabaquera, ja sigui per mitjà de la publicitat directa o indirecta, o per les promocions de productes relacionats amb el tabac adreçats a joves i adolescents, mitjançant campanyes, concursos, esdeveniments lúdics o esportius, etc...

La publicitat

El paper que exerceix la publicitat és crucial. Hi ha proves suficients que la publicitat i les promocions són els motivadors principals per adoptar i mantenir l'ús del tabac entre les persones joves. Segons el professor John Pierce, el procés de convertir-se en fumador comença fins i tot abans que l'adolescent experimenti amb les cigarretes; comença quan cognitivament es predispesa a fumar. Si la publicitat l'estimula a iniciar-s'hi, llavors hem d'esperar que els joves no fumadors que veuen i són receptius a la publicitat de les tabaqueres seran els que esdevindran susceptibles i experimentaran. A més, l'efecte del màrqueting de la indústria del tabac contraresta i anul·la les influències positives dels pares enfront del tabaquisme. (Pierce JP, 2002; Sargent JD, 2001)

En la fase de preparació i iniciació la influència dels amics i companys és determinant. Els adolescents tenen tendència a sobreestimar la prevalença del tabaquisme entre les joves que tenen al voltant i entre els adults. A Catalunya (Suris JC, 2002), en relació amb la percepció del consum de tabac entre el conjunt de joves, el 97% de les noies pensen que la meitat o més de la gent de la seva edat fuma, mentre que entre els nois la proporció és del 91%. En tots els àmbits territorials de Catalunya hi ha més noies que nois que tenen aquesta percepció (figura 10).

Figura 10. Persones de la teva edat que penses que fumen



Font: Suris JC & Parera N, 2002.

Molt sovint el noi o la noia pensen que el més normal és fumar, que la majoria de joves de la seva edat fuma, i que, en definitiva, molta gent important per a ells pensa que el més normal és que fumin. Aquí té molta rellevància el concepte de **norma social subjectiva**.

La norma social subjectiva

En molts casos es pot parlar d'un consens generalitzat *vox populi* sobre el fet que el jovent d'avui dia cada cop fuma més i consumeix més alcohol, etc. Darrerament hi podem afegir la novetat que les noies van al davant d'aquestes conductes i que el seu consum de tabac i alcohol ha crescut molt per sobre de l'augment en el sexe masculí. Els mitjans de comunicació, contínuament, es fan ressò de les darreres novetats, els darrers estudis i les dades sobre consum d'alcohol, tabac i altres substàncies. Cal observar, però, que els titulars acostumen a tenir un to sensacionalista. Si després ens fixem en les dades, podem observar que les tendències no són tan exagerades.

En part podríem dir que es crea una imatge de la persona jove sempre associada a certes conductes, que generalitza i dóna per suposat que ser jove implica aquestes pràctiques. Així podríem dir que molts joves creuen que el més normal és fumar, ja que pensen: "És el que s'espera que faci." "És el que fan la majoria de joves com jo." Aquest fet que es comença a produir en consums com el tabac, més endavant es dóna en altres consums, com el de les anomenades "pastis" o drogues de síntesi. I així es pot donar el raonament següent: "El més normal és que el divendres al vespre vagi a la *disco* i prengui *pastis*, ja que és el que fan la majoria de joves."

Des de la teoria de l'acció raonada (Fishbein M, Azjen I, 1975) es parla de la norma subjectiva com "allò que jo penso que els altres esperen que jo faci", o "molta gent que és important per a mi pensa que jo hauria de... / no hauria de...".

Des de la teoria de la influència social es considera que la percepció subjectiva del jovent respecte a les actituds i comportaments dels altres afecta la pròpia actitud envers el consum.

Cal treballar explícitament les percepcions dels joves, mostrant que el consum dels altres no és tan elevat i que l'actitud dels altres no és tan favorable al consum. Moltes vegades el noi o la noia pensen que el més normal és fumar, que la majoria de joves de la seva edat fumen, i que, en definitiva, molta gent important per a ells pensa que el més normal és que fumin.

Totes aquestes influències externes s'associen també a factors interns i personals, principalment la creença que el tabac li proporciona valors positius, tant socials com psicològics. Com a exemple, el fet de fumar està associat positivament a la preocupació pel pes, tant en nois com en noies, tot i que es més freqüent en el sexe femení.

Amb l'experimentació els joves es posen en risc de convertir-se en addictes, fins i tot si el consum es produeix de manera irregular. La nicotina és tan addictiva com l'heroïna o la cocaïna. D'acord amb el Diagnostic and Statistical Manual (DSM) i l'Associació de Psiquiatres Americans (APA) es consideren persones addictes aquelles que han fumats almenys cent cigarretes. Quan el tabaquisme ha començat la cessació és difícil, i l'hàbit es converteix en una addicció permanent. Més del 90% dels adolescents fumadors diaris tenen algun símptoma de privació nicotínica quan ho volen deixar (U.S. Department of Health and Human Services, 2002).

El consum regular comporta la presència d'altres factors influents a més de l'addicció, com són les creences personals sobre els beneficis del tabaquisme, l'autoestima i la capacitat d'autoeficàcia que té el jove. Factors socials com el preu i l'accessibilitat a les cigarretes, i l'existència de normatives socials que restringeixin el consum a l'escola i els llocs públics resulten molt determinants també (De Vries 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1994 i 2002; Gilpin EA, 2001).

4.4 Com investigar l'hàbit tabàquic

Al costat de les dades identificatives dels pacients s'ha de recollir la informació sobre consum de tabac, alcohol i altres substàncies. Cal que els pares no hi estiguin al davant quan fem aquestes preguntes i hem de deixar clar a l'adolescent que aquesta informació és confidencial. Periòdicament tornarem a insistir en aquest assumpte per tal de comprovar si hi ha modificacions.

A continuació es presenten les **definicions proposades per l'OMS** per investigar el consum de tabac (WHO, 1998). A la pàgina 39 hi ha un model senzill del **qüestionari** validat que podem fer servir per als adolescents. Les primeres preguntes d'aquest qüestionari són per conèixer si han fumat algun cop una cigarreta, ni que siguin unes pipades. En els no fumadors intentarem conèixer la susceptibilitat i els sentiments cap al tabaquisme, i en els experimentadors i fumadors la intensitat i regularitat del consum. Contestar "definitivament no" a les tres preguntes 7, 8 i 9 ens defineix el "no fumador, no susceptible"; contestar qualsevol de les altres respostes ens defineix el "no fumador, susceptible" (International Union Against Cancer, 1996; WHO, 1998; Kauffman NJ, 2002).

Definicions del consum de tabac segons l'Organització Mundial de la Salut (1998)

De manera general, podem dividir les persones en fumadores i no fumadores.

1. Persona fumadora: és aquella persona jove que en el moment de l'interrogatori fuma qualsevol tipus de producte del tabac, ja sigui de forma ocasional o diària. Les persones fumadores es poden dividir en dues categories:

- a) FUMADORS DIARIS: són les persones que fumen qualsevol tipus de tabac almenys un cop al dia.
- b) FUMADORS OCASIONALS: són les persones que fumen, però no cada dia. Aquí incloem les següents classes de persones fumadores:
 - i) REDUCTORS: persones que abans fumaven cada dia però que ara no fumen cada dia.
 - ii) OCASIONALS PERMANENTS: són aquelles que mai no han fumat diàriament però que han fumat cent cigarretes o més (o el seu equivalent en tabac) i ara fumen ocasionalment.
 - iii) EXPERIMENTADORS: infants o joves que han fumat menys de cent cigarretes (o el seu equivalent en quantitat de tabac) i ara fumen ocasionalment.

2. Persona no fumadora: és aquella que no fuma quan es fa l'entrevista. Les persones no fumadores es poden dividir en tres categories:

- a) NO FUMADORS, MAI FUMADORS: aquelles persones que mai no han fumat o que han fumat menys de cent cigarretes a la seva vida.
- b) EXFUMADORS OCASIONALS: són aquelles persones que abans fumaven de forma ocasional, però que mai no han estat fumadores diàries o han fumat més de cent cigarretes a la seva vida.
- c) EXFUMADORS: persones que abans fumaven diàriament però que ara no fumen.

Font: *Guidelines for controlling and monitoring the Tobacco Epidemic*. Organització Mundial de la Salut. Ginebra, 1998.

Qüestionari bàsic per investigar l'hàbit tabàquic en adolescents

1. Alguna vegada has fumat una cigarreta? Sí No

2. Alguna vegada has intentat o has experimentat fumar cigarretes, encara que hagin estat unes "calades"? Sí No

3. Has fumat almenys cent cigarretes a la teva vida? Sí No

4. Alguna vegada has fumat diàriament? Sí No

5. Pensa en els últims 30 dies. Quants dies vas fumar?
Diàriament Ocasionalment No, cap dia

6. En els dies en què vas fumar, quantes cigarretes solies fumar cada dia?

7. Si actualment no fumes, què faries si un dels teus millors amics t'oferís una cigarreta? Te la fumaries?
Definitivament no Probablement no No ho sé
Definitivament sí Probablement sí

8. Si actualment no fumes, creus que en algun moment del proper any podries fumar una cigarreta?
Definitivament no Probablement no No ho sé
Definitivament sí Probablement sí

9. Si actualment no fumes, penses que pots ser fumador en el futur?
Sí No No ho sé

10. Si actualment fumes, has pensat alguna vegada a deixar-ho? Sí No

4.5 Intervencions des de l'àmbit pediàtric

4.5.1 Com es pot ajudar l'adolescent

Les unitats de professionals que treballen en l'àmbit pediàtric poden tenir un paper important en la prevenció de l'inici del tabaquisme adoptant estratègies que afavoreixin les actituds de rebuig i ajudant als que ja s'han iniciat a abandonar-lo (Stein RJ, 2000; Pascual MT, 2000; American Academy of Pediatrics, 2001).

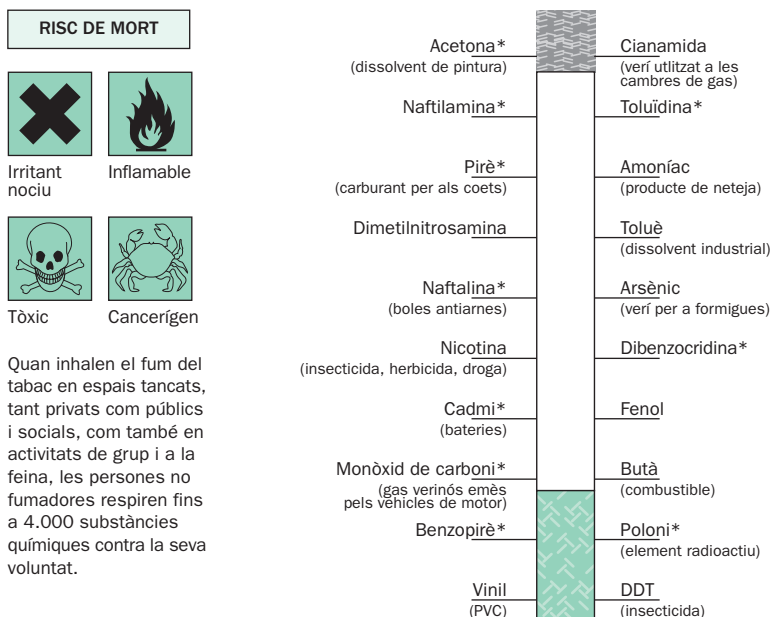
Paper modèlic

La intervenció més bàsica de caràcter preventiu és servir de model als seus pacients en relació amb conductes de vida sana. Cal que el seu consultori sigui un "ambient lliure de fum", i que a més ho demostrin amb senyals, fulls i material d'educació sanitària contra el tabaquisme que transmetin un missatge ferm que l'ús del tabac no és la norma i que no està d'acord amb un estil de vida sa (Altet MN, 2000).

Consell mèdic

El consell mèdic breu, concret i enèrgic de no fumar pot motivar els pacients perquè modifiquin la seva actitud cap al tabac. En les entrevistes o xerrades amb els joves és convenient parlar-los dels temes següents: els efectes immediats del tabaquisme i com afecten la seva salut (personalitzar el missatge), el tabaquisme passiu i les seves conseqüències, el seu rol negatiu com a fumador, l'addicció a la nicotina, els components del fum del tabac i el seu ús en la vida diària (figura 11); cal motivar-los a tenir conductes de vida sana practicant l'esport i tenint una dieta equilibrada, especialment en les noies que creuen que el tabac les ajuda a controlar el pes.

Figura 11. Principals tòxics químics i cancerígens que conté el fum del tabac



* Substància que provoca càncer

Activitat adaptada i traduïda de: Cancer Society of New Zeland Inc. and Health Promotion Services Branch Health Dept. of Western Australia

De la mateixa manera, els especialistes en pediatria i en infermeria de pediatria poden ajudar els seus pacients adolescents a resistir les pressions socials que indueixen a fumar. Són molt rellevants aquí els conceptes tant de **pressió de grup** com d'**assertivitat** (Cabra Q, 2002).

La pressió de grup

En l'adolescència es dóna un abandonament progressiu de la tutela i els referents dels pares per entrar en una nova etapa de relacions interpersonals i socials; les relacions entre els iguals són el centre i l'eix vertebrador de les relacions grupals. És en el grup on l'adolescent contrastarà la seva nova identitat. El grup ofereix el marc on desenvolupar aquesta identitat, sempre en constant evolució. En un moment evolutiu com aquest, la importància del grup pot generar certs conflictes; la pertinença al grup sol implicar certs aspectes d'uniformitat, ja que el grup mateix necessita reafirmar la seva identitat, d'aquesta manera els membres del grup manifestaran certes característiques: maneres de fer, vestir, comportar-se, gustos, sentiments... que seran els elements característics de la identitat del grup.

En alguns moments pertànyer al grup, sentir-s'hi integrat, pot implicar la necessitat d'assumir certes conductes, accions o actituds que en cap moment poden implicar haver de renunciar a la llibertat pròpia, o a les idees personals pròpies. En aquest cas podem dir que la pressió del grup no afecta els aspectes fonamentals de la personalitat, i per tant podem pensar que no ha de ser necessàriament negativa. Són els elements que poden afavorir la integració i pertinença al grup. Però en el cas que la pressió de grup impliqui haver d'assumir certes conductes, actituds o accions contràries a les pròpies conviccions, podem dir que és una pressió de grup negativa. A vegades per pertànyer a un grup cal adoptar certes maneres de fer, actuar... que no ens són pròpies, però que formen part dels elements identitaris del grup al qual ens volem integrar. Això és el que anomenem "peatge del grup", és a dir el preu que hem de pagar o les condicions que el grup imposa als seus integrants.

La "pressió de grup" és un fenomen molt rellevant per al consum de drogues i d'altres conductes de risc. En aquest sentit cal que el jove desenvolupi les habilitats i estratègies que l'ajudin a superar amb èxit les situacions de pressió de grup. Es constata que la baixa autoestima és un element que fa més vulnerable a la pressió de grup. Els elements o factors de protecció que ajuden a superar aquests moments de crisi o pressió són: tenir una bona autoestima, comptar amb habilitats personals (habilitats socials) i actuar de manera assertiva.

L'assertivitat

La capacitat de fer valer la pròpia opinió davant els altres s'anomena assertivitat.

Ser assertiu o assertiva consisteix a ser capaç de plantejar i defensar un argument, una reclamació o una postura des d'una actitud de confiança en un mateix. Encara que contradigui el que diuen altres persones, el que fa tothom o el que se suposa que està bé.

A l'extrem oposat, una persona no assertiva es caracteritza per:

- Abandonar els seus objectius de seguida que els altres s'hi oposin.
- Ser excessivament sensible a les crítiques, ja siguin de signe positiu o negatiu.
- Sentir-se excessivament culpable i angoixat cada vegada que cometi un error.

Els adolescents valoren molt positivament els missatges del seu especialista en pediatria. Una estratègia efectiva per desenvolupar eines de rebutj consisteix a escenificar situacions en les quals un amic o amiga li ofereix una cigarreta (els professionals de la pediatria poden fer d'amic o amiga) i ensenyar-li què pot dir, què pot respondre, quina actitud ha de prendre, sempre de forma apropiada al tarannà del pacient (Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Epstein JA 2000; Labrador FJ 1998).

Algunes tècniques per rebutjar o resistir-se en situacions en què altres persones intentaran induir la persona jove a fumar

1. Tècnica del disc ratllat

Repetir el punt de vista tranquil·lament, sense despistar-se per aspectes irrelevantes.

Resposta: *Sí, però... Ja ho sé, però jo crec que... Sí, sí, però jo et deia que no vull fumar. Si ho sabessin a casa em maten, i encara sóc molt jove.*

2. Tècnica de l'acord assertiu

Respondre a la crítica admetent que l'amic o amiga té una part de raó, però no la té en el fons de la qüestió.

Resposta: *Sí, ja ho sé que no ho sabrà ningú, però ho sé jo i jo no en vull, de cigarretes.*

3. Tècnica de la pregunta assertiva

Consisteix a incitar a la crítica per obtenir informació que es pot utilitzar en l'argumentació.

Resposta: *“Vols dir-me per què vols que fumi? Ah, pel pes! Doncs això jo ja ho controlo fent esport. No em fa falta fumar, si no m'ofegaré i no podré córrer, nedar, ballar...”*

4. Tècnica per processar el canvi

Desplaçar el centre de la discussió cap a l'anàlisi dels aspectes més rellevants.

Resposta: *“Com que no vull fer el que tu vols ara, t'enfades i recordes quan érem petits? Estem sortint del tema: el fet és que jo no vull fumar.”*

5. Tècnica de la claudicació simulada

Aparentar que condescendim, però continuar mantenint la nostra postura.

Resposta: *“Potser tens raó, que semblarem més interessants amb una cigarreta a la ma, però també hi ha nois/noies que això no els agrada. I a mi tampoc.”*

6. Tècnica de postposar

Ignorar la raó per la qual el nostre amic o amiga està enfadat i deixar la discussió per a més endavant.

Resposta: *“Mira ara estàs massa enfadat/da, després ja en parlarem, però que tu et vulguis fer mal no vol dir que ho hagi de fer jo.”*

7. Tècnica de trencament del procés

Respondre la crítica que intenta provocar-lo amb una sola paraula o frase curta.

Resposta: *“No... Ara no.”*

8. Tècnica de la ironia assertiva

Respondre de forma positiva a la crítica hostil.

Resposta: Quan l'amic o amiga et diu que et comportes com un marrec, dir: *“Gràcies!”*

9. Tècnica de l'ajornament assertiu

Ajornar la resposta a la crítica que intenta desafiar-lo fins que se senti més tranquil.

Resposta: *“En aquest moment no vull parlar d'aquest tema, respecteu la meva decisió.”*

Estratègies típiques que faran servir les persones fumadores per bloquejar les respostes assertives del jove per no fumar i com eludir-les

1. Riure

Respondre a la nostre negativa bromejant (“Així que tens por de fer-te pipí al llit”).

Resposta: fer servir la tècnica per processar el canvi: “Em sembla que en fas un gra massa. Aquest no és el problema. El que passa és que jo no en vull, de tabac”, i la del disc ratllat: “Diguis el que diguis, la qüestió és que jo no vull fumar”.

2. Culpar

Donar la culpa a qui ha dit NO (“Sempre ens aixafes la tarda, no vols fer el que jo et dic”).

Resposta: fer servir la tècnica de la claudicació simulada o, simplement, mostrar-se en desacord.

3. Atacar

L'amic respon amb un atac personal a la teva negativa (“Ets un gallina!”).

Resposta: fer servir la tècnica de la ironia assertiva: “Gràcies!”, juntament amb la tècnica del disc ratllat, o simplement ignorar-lo: “Ara no tinc ganes de gresca. Ja en parlarem en un altre moment”.

4. Interrogar

Bloquejar les respostes amb una sèrie continuada d'interrogacions (“I per què no en vols? De què tens por? No ets el nostre amic/ga?”)

Resposta: la millor resposta és emprar la tècnica per processar el canvi: “Perquè aquest no és el problema. La qüestió és que a mi no m'agrada fumar i els meus pares no ho volen”.

5. Buscar-hi subtileses

L'amic o amiga intenta discutir sobre la legitimitat dels sentiments del jove o sobre la magnitud del problema, o altres estratègies per embolicar-lo.

Resposta: emprar la tècnica per processar el canvi, juntament amb la reafirmació del seu dret a pensar com pensa: “Em sembla que no n'estàs gaire ben informat, d'aquest tema, però la qüestió és una altra. Jo crec que fumar mata”.

6. Amençar

El company o companya t'amença (“Si segueixes amb aquesta actitud t'hauràs de buscar uns altres amics”).

Resposta: aplicar la tècnica del trencament del procés: “Potser”, i la pregunta assertiva: “Per què et molesta que jo no vulgui fumar?”. També és útil la tècnica de processar el canvi: “Això em sona a amenaça” o simplement ignorar-lo.

4.5.2 Bases per a l'abandonament

La intervenció mínima que pot fer el professional de la pediatria en els adolescents fumadors és la mateixa que s'aconsella per als adults fumadors, que resumim a continuació. Aquest model d'intervenció s'anomena "Les 5 A", que en el cas dels professionals pediàtrics adquireix la forma de les 6 A (*Anticipatory Guidance, Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*), i té com a objectiu aprofitar les visites que l'adolescent fa a les consultes de pediatria, generalment com a mínim un cop l'any, per intervenir sobre el tabaquisme, sistematitzar el procediment i treballar d'acord amb ell (U.S. Department of Health and Human Services, 1994 i 2002).

Intervenció mínima individualitzada davant del tabaquisme

1. Consell anticipat

Desenvolupar educació sanitària amb pares, mares i infants, adaptant els missatges educatius de manera adient a cada edat. Felicitar els qui no fumen.

2. Preguntar

Preguntar sobre tabaquisme actiu i passiu; investigar factors de risc i fase d'inici. Recollir aquesta informació en un lloc rellevant de la història clínica de l'adolescent.

3. Aconsellar

Utilitzar missatges educatius clars, rellevants i personals per aconsellar els pares i mares i els adolescents fumadors que abandonin el consum.

4. Avaluat

Avaluar si la persona fumadora està disposada a deixar-ho. Comprovar en quina fase de cessació es troba i utilitzar missatges adients a cada fase per moure-la cap una fase posterior.

5. Donar suport

Proporcionar material d'autoajuda a la persona jove disposada a intentar l'abandonament o derivar-la a una unitat més especialitzada si reuneix els criteris apropiats.

6. Acordar el seguiment

Comunicar a l'adolescent que seguirem d'aprop la seva evolució per augmentar la motivació cap a l'abandonament o per donar-li suport davant d'una possible recidiva.

Molts adolescents fumadors estan motivats per abandonar l'hàbit i fan esforços per deixar-lo, però no són capaços de demanar ajuda. Experimenten símptomes de privació tan intensos com les persones adultes, especialment si han començat a fumar precoçment o si fumen més de deu cigarretes al dia. En aquests casos les recidives són freqüents. Aquesta situació es veu agreujada per la pressió dels companys i companyes i la indústria tabaquera. Tindrem en compte les tècniques de rebuig esmentades a les pàgines 42 a 44. Es pot suggerir a l'adolescent que encoratgi altres companys i companyes per deixar-ho, i si ho volen, parlar-ne.

La intervenció mínima en els adolescents fumadors té com a objectiu estimular motivacions intrínseques que els ajudin a alterar els patrons de l'addicció; el jove i l'equip de pediatria treballaran conjuntament per aconseguir-ho. En aquest sentit cal conèixer el grau de dependència de la nicotina (test de Fagerström, a la pàgina següent) per la seva importància a l'hora d'instaurar un tractament farmacològic.

Hi ha la noció que el canvi de conducta es realitza mitjançant canvis discrets. Aquest procés es coneix com el Model transteòric del canvi de conducta, establert per Prochaska i col·lab., i considera que l'abandonament del consum de tabac és un procés en el qual la persona fumadora travessa cinc fases (vegeu la pàgina següent). És convenient avaluar la predisposició per a l'abandonament abans de preparar el pla de tractament (figura 12) (Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC, 1992). Altres aspectes importants són conèixer si ho ha intentat abans, quantes vegades, com ho va aconseguir i quin va ser el motiu de la recidiva. Cal esbrinar els obstacles per aconseguir-ho i les experiències positives d'aquestes temptatives (Stein RJ, 2000). A la pàgina 48 s'exposen alguns consells pràctics sobre la intervenció mínima en els adolescents.

Test de dependència de la nicotina de Fagerström (FTND)

- | | |
|--|---|
| 1. Quantes cigarretes fuma al dia: | <input type="checkbox"/> |
| 10 o menys: 0 punts | de 21 a 30: 2 punts |
| d'11 a 20: 1 punt | de 31 o més: 3 punts |
| <hr/> | |
| 2. Temps transcorregut des que es lleva fins que fuma la primera cigarreta: | <input type="checkbox"/> |
| <5 minuts: 3 punts | de 31 a 60 minuts: 1 punt |
| de 6 a 30 minuts: 2 punts | més de 60 minuts: 0 punts |
| <hr/> | |
| 3. Fuma més als matins? | <input type="checkbox"/> |
| Sí: 1 punt | No: 0 punts |
| <hr/> | |
| 4. Té dificultats per no fumar als llocs on està prohibit fer-ho? | <input type="checkbox"/> |
| Sí: 1 punt | No: 0 punts |
| <hr/> | |
| 5. Fuma encara que estigui tan malalt que hagi de passar part del dia al llit? | <input type="checkbox"/> |
| Sí: 1 punt | No: 0 punts |
| <hr/> | |
| 6. A quina cigarreta li costaria més renunciar? | <input type="checkbox"/> |
| A la primera del dia: 1 punt | A qualsevol altra: 0 punts |
| <hr/> | |
| TOTAL | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Valoració:

De 0 a 3 punts: dependència baixa

De 4 a 6 punts: dependència moderada

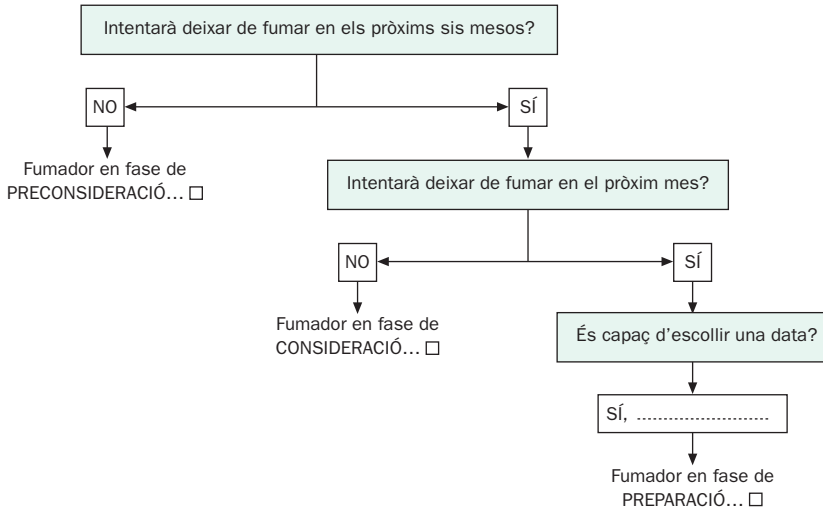
Més de 6 punts: dependència alta

Fases de l'abandonament segons el Model transteòric del canvi de conducta

- 1. Preconsideració.** L'individu no té interès o no pensa seriosament a canviar la seva conducta actual, en aquest cas el tabaquisme.
- 2. Consideració.** Quan el pacient pensa seriosament que ha de fer quelcom però encara no té un pla determinat.
- 3. Preparació.** Quan està planificant activament i preparant-se per al canvi de conducta.
- 4. Acció.** És el període immediatament posterior a l'inici del canvi, en què es requereixen grans esforços per mantenir el nou patró de conducta.
- 5. Manteniment.** El pacient té una nova conducta establerta, els esforços són menors però de vegades hi ha ocasions contextuais que poden afavorir la recidiva.

(Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992)

Figura 12. Diagnòstic de la fase d'abandonament



Consells pràctics sobre les intervencions en els adolescents

- Ja que la proporció de “no fumadors, susceptibles” és més alta entre els nois i noies de 13 i 14 anys i baixa a mesura que augmenta l’edat, per prevenir el tabaquisme juvenil les intervencions preventives han de començar els últims anys de la infantesa i intensificar-se en la preadolescència i adolescència.
- Cal fer-los veure que la proporció de fumadors no és tan gran com ells pensen. Per tant, fumar no és la norma (norma social subjectiva).
- S’ha de preguntar a cada visita sobre l’hàbit tabàquic: percepcions, creences i consum.
- Els adolescents veuen molt llunyans els efectes perjudicials del tabac davant dels beneficis positius percebuts en el present. Per aquest motiu els missatges s’han de centrar fonamentalment en els efectes negatius actuals, com el mal alè, el fer olor “de cendrer”, les taques de nicotina a les dents i als dits, l’estalvi que representa no fumar, etc...
- Cal fer-los conèixer els efectes immediats sobre la freqüència cardíaca, la tensió arterial i la tolerància a l’exercici, fins i tot després d’una sola cigarreta.

- Molts joves no són conscients del risc que assumeixen en iniciar el consum de tabac. L'especialista en pediatria ha d'informar-los que la nicotina és una droga i produeix addicció. Sembla que aquesta addicció ja es pot establir en algunes persones amb un consum molt baix. L'addicció a la nicotina pot ser també la porta d'entrada a altres drogodependències.
- Cal fer-los veure que és més fàcil no començar que aconseguir deixar-ho després.
- Té un gran impacte en els infants i adolescents conèixer l'ús d'alguns compostos químics continguts en el fum de les cigarretes. Quan això s'explica als infants i adolescents no fumadors pot influir en el fet d'evitar o endarrerir l'inici del tabaquisme. També té aquest efecte que ells es considerin responsables d'exposar passivament al fum del tabac altres nens més petits: els efectes del tabaquisme passiu els preocupen.
- Cal demostrar-los que poden comptar amb la nostra ajuda: que sempre que ho necessitin poden venir a parlar amb nosaltres.
- Els missatges sanitaris han de ser clars i enèrgics ("El tabac mata." "El tabac disminueix la immunitat del pulmó."). El contingut ha de ser percebut com a personalment important ("El teu rendiment està baixant perquè fumes." "Respires malament i ronques perquè fumes.")
- Els missatges haurien de ser transmesos amb entusiasme i humor ("Dius que lligues, però no creus que apropar-se a tu és com ficar el nas en un cendrer?" "Les teves artèries tenen tant monòxid carbònic que semblen el tub d'escapament d'un cotxe.")
- S'ha de fer servir missatges de decepció: "Com poden les tabaques utilitzar imatges de felicitat per vendre productes que són a la llarga mortals?" "Les tabaques et volen fer creure que seràs més feliç, que lligaràs més, que sempre somriuràs. Com? Convertint-te en addicte?" "Les tabaques manipulen el tabac per fer-lo més addictiu." "No et deixis enganyar! El benefici de les tabaques es basa en el fet que els que no fumen comencin a fumar i que els que fumen, continuïn fumant. Així contraresten els milions de fumadors que cada any moren per la seva addicció o l'abandonen."
- Cal estimular comportaments de vida sana, especialment la pràctica d'esports. En les noies, s'ha de preguntar si creuen que el consum de tabac les ajudaria a controlar el pes; en cas afirmatiu, cal desmitificar aquesta creença i proporcionar informació sobre una dieta sana i equilibrada.

- Cal preocupar-se de com van en els estudis i quin és el seu comportament a l'escola per avaluar el risc de consum de tabac, alcohol i altres substàncies. Conèixer com està la seva autoestima i avaluar la seva autoeficàcia. Estimular-les totes dues amb l'objectiu que sàpiguen resistir les pressions socials.

4.5.3 Tractament farmacològic

Tot i que hi ha poca experiència amb els tractaments de cessació en adolescents, sembla que es poden beneficiar de les mateixes intervencions recomanades per a persones adultes (U.S. Department of Health and Human Services, 2002; Crawford MA, 2002; Pardell H, 1996; Jiménez CA, 1999). Tot adolescent disposat a abandonar el tabac ha de ser ajudat, i cal encoratjar-lo a fixar una data per a l'abandonament (un dia D).

A les persones que fumen deu cigarretes o més al dia les informarem que hi ha tractaments mèdics que ajuden a disminuir els símptomes d'abstinència, i per tant faciliten l'abandonament. Hi ha una evidència científica ferma que considera que el tractament farmacològic està aconsellat quan l'adolescent o l'adult jove té dependència nicotínica (mesurada segons l'FTND, vegeu la pàgina 47) i manifesta disposició a deixar-ho. El tractament substitutiu amb nicotina en forma de pegats, xiclets o comprimits té poques contraindicacions i és ben tolerat. La utilització de Bupropion és un altra alternativa. Durant el seguiment és recomanable registrar el grau de compliment, el pes, l'aparició de símptomes d'abstinència i/o un desig molt fort de fumar, per tal d'evitar al màxim les recaigudes. Els pacients amb una alta dependència, o que han fet diversos intents frustrats d'abandonament i estan descoratjats poden ser derivats a unitats especialitzades de tabaquisme.

És important prevenir el guany de pes, especialment en les noies: la por a augmentar de pes és una barrera per a l'abandonament. L'especialista en pediatria ha de reconèixer que hi pot haver un cert guany de pes durant la cessació de consum de tabac, però que la quantitat de pes que es pot guanyar habitualment no sobrepassa els 2,5 kg, si es porta una dieta equilibrada, es controla el consum excessiu d'hidrats de carboni, sucres i greixos, i es dinamitza l'activitat física, especialment en els primers sis mesos. És important que el pacient es centri en l'abandonament del tabaquisme i no en el control del pes: aquest és un altre tema que ja s'abordarà quan sigui un exfumador consolidat (a partir del sisè mes). A continuació s'exposen alguns missatges que podem transmetre als joves que es mostren especialment preocupats per aquest tema.

Missatges per preparar l'adolescent a afrontar el possible guany de pes

- Hi ha fumadors que guanyen pes quan intenten deixar de fumar, però en general no sol ser superior als dos quilos i mig. En tot cas, el pes guanyat es pot perdre i tornar al pes normal en poc temps després d'haver deixat de fumar.
- Hi ha medicaments que t'ajuden a deixar de fumar i limiten o endarrereixen el guany de pes.
- La quantitat de pes que pots guanyar mentre deixes de fumar és un risc mínim davant el risc que representa continuar fumant.
- Per aconseguir deixar de fumar cal que et preocupis per deixar de fumar. Pas a pas. Després ja controlarem el pes. Quan ho hagis aconseguit, si és necessari farem dieta o el que sigui necessari per retornar al teu pes. Tots els problemes no es poden resoldre al mateix temps: en aquest moment el que cal per a la teva salut és deixar de fumar.
- Ja sabem que guanyar pes és una possibilitat i que per tu és important. També sabem que podem aconseguir que no en guanyis gens o poc si tenim cura. Atipa't de fruites i verdures, fes exercici de forma moderada, dorm el que et calgui i no mengis gaires embotits, gelats, entrepans o pastissos. Deixar de fumar és una de les millors coses que pots fer per a la teva salut.
- Controla el consum d'alcohol: ja saps que aporta moltes calories. A més, quan beus alcohol et poses en risc de tenir ganes d'agafar una cigarreta, ja que redueix l'autocontrol.
- Encara que augmentis una mica de pes després de deixar de fumar, pensa en la importància que té el teu esforç, com n'estaràs de satisfet de tu mateix, com millorarà el teu aspecte físic, i la quantitat d'anys de vida plens de salut que tindràs per endavant.
- Pots comptar amb el nostre ajut. Sempre que ho necessitis, pots venir a parlar amb nosaltres d'aquest tema.

5. Conclusions

Dins de la cultura occidental, la salut es considera un dels valors més apreciats; el conflicte sorgeix perquè hi ha altres valors que ocupen també una posició molt alta en la nostra jerarquia cultural i que entren en conflicte amb els de la salut. Durant la infància els nens i nenes aprenen i internalitzen ambdós tipus de valors, i en l'etapa de l'adolescència es produeixen canvis en l'estil de vida i es consolida la pròpia personalitat de l'individu. Els professionals que treballen en l'àmbit pediàtric acompanyen i guien els infants i adolescents durant aquest procés socialitzador: el seu paper és bàsic en l'adquisició dels valors fonamentals en la reducció de riscos i la promoció de conductes de vida saludable. En relació amb la prevenció i control del tabaquisme, els equips pediàtrics poden contribuir-hi seguint les recomanacions generals següents:

- a) Proporcioneu informació sobre els efectes negatius a curt i llarg termini del tabaquisme, tant fisiològics com socials, així com els efectes de la pressió social i de grup i les eines per dir "no".
- b) Impliqueu els pares en la tasca de prevenció i control del tabaquisme: aconseguir un ambient lliure de fum a la llar n'és la prioritat.
- c) Feu educació sanitària en els nens des dels cinc anys, però més intensa a partir dels deu anys, especialment en els adolescents.
- d) Doneu suport i estimuleu els intents de cessació tant dels pares com dels adolescents fumadors.
- e) Aconselleu els pares que demanin que l'escola i els llocs on els seus fills fan esport siguin "ambients lliures de fum".

Específicament, els equips pediàtrics poden ajudar a evitar el tabaquisme actuant des dels tres vessants següents:

Per a PARES I MARES FUMADORS

- Aconseguir que no exposin els seus fills i filles al fum del tabac per evitar els efectes nocius que aquest hàbit comporta.
- Recomandar-los que quan fumin ho facin en llocs oberts.
- Aconsellar-los de forma sistemàtica i breu sobre la importància de deixar de fumar. Motivar-los per aconseguir un canvi de conducta definitiu.
- Parlar sobre les conseqüències del tabaquisme, els perills del tabac i informar-los dels beneficis de l'abandonament tant per a ells com per als seus fills i filles.

- Proporcionar-los material de suport, acordar visites successives i ajudar-los a escollir una data per deixar de fumar. Comentar i pautar el tractament més escaient.

Per a PARES i MARES NO FUMADORS

- Mantenir una consciència reflexiva enfront del tabaquisme i intentar transmetre-la als seus fills i filles.
- Crear un medi ambient social favorable que respecti i mantingui l'entorn lliure de fum.
- Transmetre un estil de vida saludable als fills i filles.
- Felicitar-los, ja siguin no fumadors o exfumadors.

Per a INFANTS i ADOLESCENTS

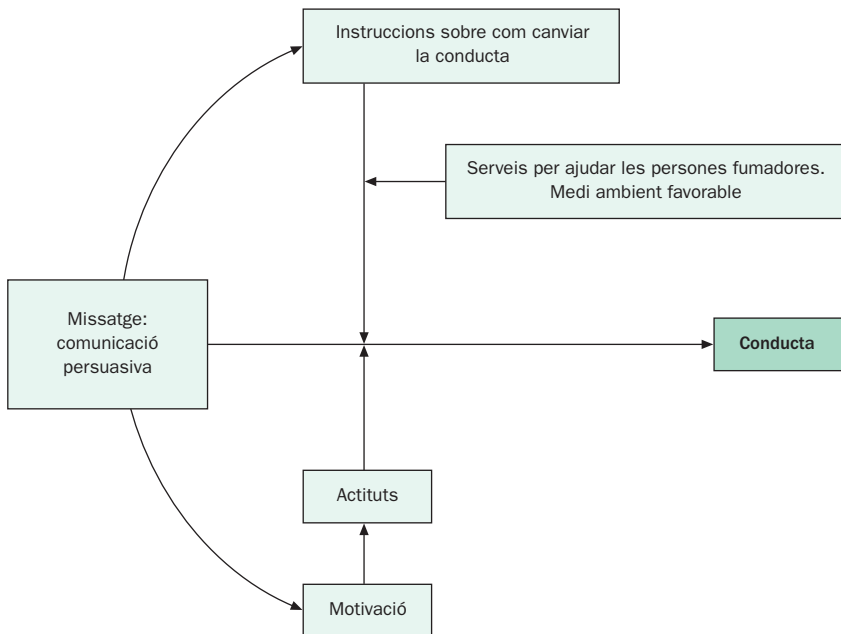
- Potenciar un estil de vida saludable basat en una dieta equilibrada i sobretot en la pràctica de l'exercici físic.
- Informar dels efectes negatius del tabaquisme i reforçar les eines per dir "no".
- Informar els infants i adolescents dels compostos químics que conté el fum del tabac.
- En els adolescents cal enfocar l'educació sanitària i la motivació al canvi emfasitzant els punts següents: estètic, saludable, ecològic, solidaritat, llibertat, lideratge...
- Reduir al màxim possible el nombre de joves que comencen a fumar i retardar al màxim el moment de l'inici dels que ho facin mitjançant missatges informatius i educatius.
- Donar suport als programes de prevenció i control del tabaquisme en els centres escolars i en els ambients extraescolars on es mouen els joves.

Annex

El canvi de conducta per disminuir l'exposició al fum del tabac ambiental

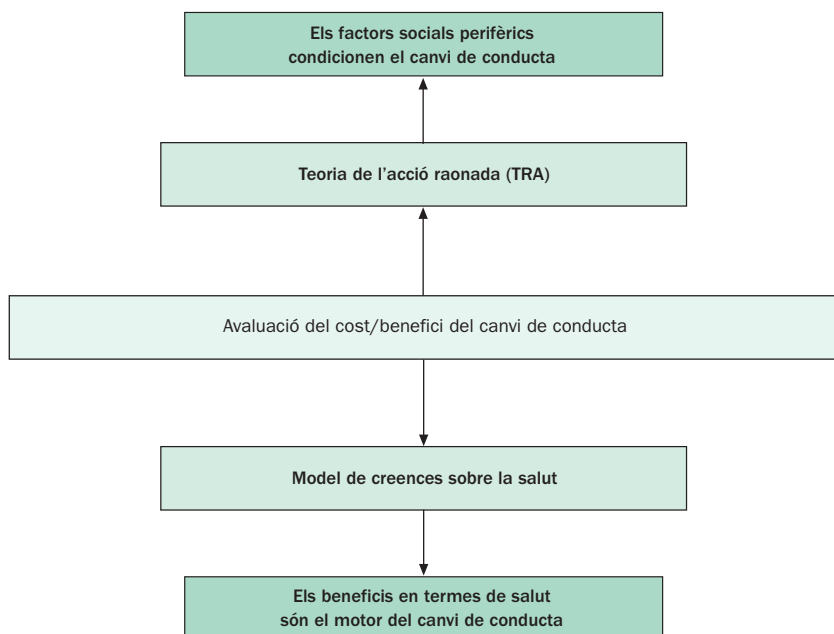
Des del punt de vista de la salut pública la intervenció mínima és una intervenció d'educació sanitària amb la qual es pretén que, mitjançant la informació i la utilització de missatges educatius, es produeixi una modificació de les actituds que es tradueixi en un canvi de conducta. Perquè aquest canvi de conducta sigui permanent cal que donem les eines necessàries: cal que el pacient conegui com, on i quan passar a l'acció, i oferir serveis especialitzats a aquells pacients que per si sols no siguin capaços d'aconseguir-ho (figura 13).

Figura 13. Model de la persuasió o de les contingències situacionals



Segons el Model de creences sobre la salut (Health Beliefs Model), els beneficis en termes de salut motiven el canvi, i l'adherència dels pares a les nostres indicacions serà més gran si es percep que la malaltia que té l'infant està relacionada o agreujada per l'EPFTA; si aquesta eventualitat no es dóna encara, parlar dels riscos potencials pot ser una intervenció efectiva. Segons la teoria de l'acció raonada (TRA), els factors socials perifèrics condicionen el canvi: el context social i ambiental hi tenen un paper important (figura 14).

Figura 14. El canvi de conducta com estratègia per reduir l'exposició passiva al fum del tabac ambiental (EPFTA)



Bibliografia

- Alcaide J, Altet MN, Plans P, Folguera L, Saltó E, Domínguez A, Pardell H, Salleras L (1996). *Cigarette smoking as a risk factor for pulmonary tuberculosis in young adults: a case-control study*. *Tubercle Lung Dis*; 77: 112-116.
- Altet Gómez MN, Pascual Sánchez MT i Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia. Sociedad Española de Neumología Pediátrica (2000). *Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control*. *An Esp Pediatr*; 52: 168-177.
- Altet MN, Alcaide J, Plans P, Taberner JL, Saltó E, Folguera L, Salleras L (1996). *Passive smoking and risk of pulmonary tuberculosis in children immediately following infection. A case-control study*. *Tubercle Lun Dis*; 77: 537-544.
- American Academy of Pediatrics (2001). *Tobacco's Toll: Implications for the Pediatrician*. *Pediatrics*; 107: 794-798.
- American Thoracic Society (1996). *Cigarette Smoking and Health*. *Am J Respir Crit Care Med*; 153: 861-865.
- Amigo Vázquez I, Fernández Rodríguez C, Pérez Álvarez M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Ed. Pirámide, S.A. Madrid,
- Anderson HR, Cook DG (1997). *Health effects of passive smoking. 2: Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence*. *Thorax*; 52: 1003-1009.
- Ashley MJ, Ferrence R (1998). *Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke in homes: issues and strategies*. *Tob Control*; 7: 61-65.
- Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar Alvarez F (2001). *Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998*. *Med Clin (Barc)*; 117: 692-694.
- Cabra J, Saltó E., coord. (1999). *El tabac, ben lluny*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social i Departament d'Ensenyament, Generalitat de Catalunya.
- Cabra J, Saltó E., coord. (2002). *El tabac, ben lluny. Actualització 2001*. Barcelona: Departament d'Ensenyament i Departament de Sanitat i Seguretat, Generalitat de Catalunya.
- Castles A, Adams K, Melvin C, Ketsch Ch, Boulton ML (1999). *Effects of Smoking During Pregnancy, Five Meta-Analysis*. *Am J Prev Med*; 16: 208-215.
- Centers for Disease Control and Prevention (1994). *Current Trend Reasons for Tobacco Use and Symptoms of Nicotine Withdrawal Among Adolescent and Young Adult Tobacco Users*. United States. *MMWR*; 43 (41): 745-750.
- Centers for Disease Control and Prevention (2000). *Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco-Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health-Care Systems.: A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services*. *MMWR*; 49: No. RR-12.

- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (1998). *Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España*. Ed. Elisardo Becoña Iglesias. Barcelona: Ediciones Glosa.
- Crawford MA, Balch GI, Mermelstein R i The Tobacco Control Network Writing Group (2002). *Responses to tobacco control policies among youth*. *Tob Control*; 11: 14-19.
- Cook DG, Strachan DP (1999). *Health effects of passive smoking. 10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research*. *Thorax*; 54: 357-366.
- De Vries, H, Backbier E, Kok G, Dijkstra M (1995). *The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention and previous behaviour as predictor of smoking onset*. *Journal Applied Social Psychology*; 25: 237-257.
- Díez E, Villalbí JR, Nebot M, Aubà J, Sanz F (1998). *El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos*. *Med Clin (Barc)*; 110: 334-339.
- Epstein JA, Griffin KW, Botvin G (2000). *Competence skills help deter smoking among inner city adolescents*. *Tobacco Control*; 9: 33-39.
- Fernández E, Schiaffino A, La Vecchia C, Borràs JM, Nebot M, Saltó E, Tresserras R, Rajmil L, Villalbí JR, Segura A (1999). *Age at Starting Smoking and Number of Cigarettes Smoked in Catalonia, Spain*. *Preventive Medicine*; 28: 361-66.
- Fernández E, Schiaffino A, Garcia M, Saltó E, Villalbí JR, Borràs JM (2003). *Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud*. *Med Clin (Barc)*; 120 (1): 14-6.
- Fishbein M, Azjen I (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, Massachussets: Adison Wesley.
- Fréour P, Pardell H, Salleras L, ed. (1994). *The role of health professionals organizations in anti-smoking activities. Proceedings of the IVth EMASH Seminar*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Gilpin EA, Emery SL, Farkas AJ, Distefan JM, White MM, Pierce JP (2001). *The California Tobacco Control Program: A Decade of Progress, Results from the California Tobacco Surveys, 1990-1998*. La Jolla, C.A: University of California, San Diego.
- Hoo AF, Henschen M, Dezateaux C, Costeloe K, Stocks J (1998). *Respiratory function among preterm infants whose mothers smoked during pregnancy*. *Am J Respir Crit Care Med*; 158: 700-705.
- Hovell MF, Zakarian JM, Wahlgren DR, Matt GE (2000). *Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke: the empirical evidence and directions for future research*. *Tob Control*; 9 (supl II): ii40-ii47.
- Hovell MF, Zakarian JM, Matt GE, Hofstetter RC, Bernert JT, Pirkle J (2000). *Effect of counselling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: randomised controlled trial*. *BMJ*; 321: 337-342.

- International Union Against Cancer (1996). *IICC Tobacco Control Factshhet* No. 11. Geneva.
- International Union Against Cancer (2002). *IICC Tobacco Control Network. Strategic Guides: Getting the Public To Know Nonsmokers Who Breathe Tobacco Smoke, Get Sick and Die Like Smokers*. Geneva.
- Jané M, Pardell E, Saltó E, Salleras L (2001). *Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento*. *Prev Tab*; 3 (3): 147-154.
- Jané M, Saltó E, Pardell H, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL, Salleras LI (2002). *Prevalencia del tabaquismo en Cataluña, 1982-1998: una perspectiva de género*. *Med Clin (Barc)*; 118 (3): 81-5.
- Jané M, Nebot M, Rojano X, Artazcoz L, Sunyer J, Fernández E, Ceraso M, Samet J, Hammond SK (2002). *Exposure to environmental tobacco smoke in public places in Barcelona, Spain*. *Tobacco Control*; 11: 83-4.
- Jiménez-Ruiz CA, Solano S, González Vega JM, Ruiz MJ, Flórez S, Ramos A i col. (1999). *Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR sobre tratamiento del tabaquismo*. *Arch Bronconeumol*; 335: 4999-5006.
- Kauffman NJ, Castrucci BC, Mowery PD, Gerlach KK, Emont S, Orleans T (2002). *Predictors of Change on the Smoking Uptake Continuum Among Adolescents*. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 156: 581-587.
- Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. (1998). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Ed. Pirámide, S.A. Madrid.
- Landgren M, Kjellman B, Gillberg Ch (1998). *Attention deficit disorder with developmental coordination disorders*. *Arch Dis Child*; 79: 207-212.
- Le Souëf PN (2000). *Pediatric origins of adult diseases –4: Tobacco related lung diseases begin in childhood*. *Thorax*; 55: 1063-1067.
- Lund KE, Skrondal A, Vertio H, Helgason ÁR (1998). *To what extent do parents strive to protect their children from environmental tobacco smoke in the Nordic countries? A population-based study*. *Tob Control*; 7: 56-60.
- Observatorio Español sobre Drogas (2002). *Plan Nacional sobre Drogas*. Ministerio del Interior. Madrid. Informe núm. 5, julio de 2002.
- Pardell H, Saltó E, Salleras L (1996). *Manual de Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Pardell H, Saltó E, Jané M, Salleras L (2001). *Cómo luchar contra la epidemia tabáquica en nuestros días*. *Med Clin (Barc)*; 116: 60-62.
- Pardell H (2002). *El médico y el tabaco*. *Hipertensión*; 19 (9): 382-383.
- Pascual MT, Altet MN i Grup de Treball de Pneumologia Pediàtrica de la Societat Catalana de Pediatria (2000). *Tabaquisme. Epidèmia del segle XXI, un repte per als pediatres*. Editorial. *Pediatria Catalana*; 60: 223-224.

- Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Doll R (1996). *Mortality from smoking worldwide*. British Medical Bull; 52: 12-21.
- Pierce JP, Distefan JM, Jackson Ch, White MM, Gilpin EA (2002). *Does tobacco marketing undermine the influence of recommended parenting in discouraging adolescents from smoking?* Am J Prev Med; 23: 73-81.
- Pierce JP, García M, Saltó E, Schiaffino A, Fernández E (2002). *La publicidad del tabaco ¿incrementa el hábito de fumar entre los adolescentes? Datos desde California*. Gac Sanit; 16 (supl. 2): 69-76.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992). *In search of how people change: Applications to addictive behaviours*. American Psychologist; 47: 1102-1114.
- Richmond R (1994). *Interventions for smokers. An International Perspective*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Saltó E, Marin D, Marin E, Serra L (1993). *Ajudeu el vostre pacient a deixar de fumar. En 5 minuts*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Saltó E, Plans P, Fuentes M, Pardell H, Salleras L (1993). *Epidemiología del hábito tabáquico entre los escolares y jóvenes de Cataluña*. An Esp Pediat; 39 (extra): 146-148.
- Saltó E, Jané M, Pardell H, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L (2002). *Prevalencia y actitudes de los profesionales sanitarios de Cataluña respecto al tabaquismo: últimos datos (2002)*. II Congreso Nacional sobre la Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Prev Tab; 4 (supl. 1): 30.
- Saltó E, Jané M, Pardell H, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L (2003). *Enfermedades respiratorias y tabaquismo. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000*. Med Clin (Barc); 121 (supl. 1): 30-7.
- Salleras, L (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid/Barcelona.
- Salleras L, Prat A, Garrido P (2001). *Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud*. A: Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª edición. Ed. Masson. Barcelona: 221-232.
- Salleras L, Pardell H, Jané M, Saltó E, Cabezas C, Marín D et al. (2001). *Dona i Tabac. Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona.
- Salleras L, Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL. Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya, Societat Catalana de Pneumologia (1999). *16 anys de lluita contra el tabac a Catalunya (1982-1998)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Sargent JD, Beach ML, Dalton MA, Mott LA, Tickle JJ, Bridget Ahrens M, Heatherton TF (2001). *Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study*. BMJ; 323: 1394-1397.

- Stein RJ, Haddock ChK, O'Byrne KK, Hymowitz N, Schwab J (2000). *The Pediatrician's Role in Reducing Tobacco Exposure in Children*. *Pediatrics*; 106: e66-83.
- Surís JV, Parera N. (2002). *Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya, 2001*. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font.
- Torrecilla M, Barrueco M, Jiménez CA, Hernández MA, Plaza MD, González M (2001). *Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo*. *Medifam*; 11: 194-206
- Tyas SL, Pederson LL (1998). *Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature*. *Tob Control*; 7: 409-420.
- U.S. Department of Health and Human Services (1994). *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services (1986). *The Health Consequences of involuntary smoking. A Report of the Surgeon General*. US DHHS: Public Health Service. Washington, DC. DHHS (CDC) Publ. No. 86-8400.
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) (1989). *Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 years of progress. A Report of the Surgeon General*. PHS, CDC, Office on Smoking and Health. Washington, DC. DHHS (CDC). Publ. No. 89-8411.
- U.S. Department of Health and Human Services (1994). *Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction*. USDHHS. Public Health service. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR*; 43: No. RR-2.
- U.S. Department of Health and Human Services (2002). *Reducing Tobacco Use. A Report of the Surgeon General*. Department of Health and Human Services. Public health Service, Centers for Disease Control and Prevention.
- Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Tracy Orleans C, Barker DC (2000). *Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study*. *BMJ*; 321: 333-337.
- Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M (1999). *Tendencias en el tabaquismo de los escolares Barcelona, 1987-1996*. *Atención Primaria*; 23: 359-362.
- Villalbí JR, Ariza C (2000). *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Barcelona.
- Williams Ch L, Hayman L, Daniels SR, Robinson ThN, Steinberger J, Paridon S et al. (2002). *Cardiovascular Health in Childhood. A Statement for Health Professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association*. *Circulation*; 106: 143.
- Withers NJ, Low L, Holgate ST, Clough JB (1998). *The Natural History of Respiratory Symptoms in a Cohort of Adolescents*. *Am J Respir Crit Care Med*; 158: 352-357.
- World Health Organization (1998). *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. Ginebra.

- World Health Organization (1999). *International consultation on environmental tobacco smoke and child health: consultation report*. WHO/NCD/TFI/99.11.
- World Health Organization and World Bank (2002). *Tobacco Control in Developing Countries. Executive summary*. Ed. Prabhat Jha and Frank Chaloupka. OUP, Oxford.
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC) (2002). *Tobacco Smoking and Tobacco Smoke (Group 1). Involuntary Smoking (Group 1)*. IARC Monographs. Vol. 83. Lió, França.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting Healthy Life*. WHO/WHR/02.1, Ginebra.

Recursos a la xarxa

Banc Mundial

<http://www.worldbank.org/tobacco>

Dues publicacions clau disponibles: *Tobacco Control in Developing Countries* i *Curbing the Epidemic: governments and the economics of tobacco*

Centre for Disease Control and Prevention, Atlanta

<http://www.cdc.gov/tobacco>

Directori de recursos a Internet sobre drogodependències i addiccions

<http://www.lasdrogas.net>

Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya, 2001

<http://www.gencat.net:81/joventut/catala/publicacions/dexeus.htm>

Generalitat de Catalunya

<http://www.gencat.net/sanitat/>

Publicacions, programes i dades epidemiològiques de Catalunya

Ministerio de Sanidad y Consumo

http://www.msc.es/estadisticas_sanitarias/home.html

Estadístiques de l'àmbit estatal. Enllaços amb organismes internacionals.

Organització Mundial de la Salut

<http://www.who.int/>

Informe: World Health Report 2002: <http://www.who.int/whr/en/>

Informe: The European Health Report 2002: <http://www.euro.who.int>

Organització Panamericana de la Salut

<http://www.smokefreeamericas.org/>

Hi trobareu una pàgina web amb una guia molt útil per als pares:

http://drugfreeamerica.org/Templates/Help_For_Parents.asp

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

<http://www.separ.es/areas/tabaquismo>

Tobacco Control

<http://www.tc.bmjournals.com>

Revista internacional sobre tabaquisme.

Tobacco Free Kids

<http://tobaccofreekids.org>

Campanya per mantenir els nois i noies lliures de tabac. Pàgina web americana molt interessant amb informes i dades.

Unió Internacional contra el Càncer

<http://www.globalink.org/tobacco>

Hi trobareu unes petites guies molt útils: <http://factsheets.globalink.org/>

Universitat de Miami (Florida, EUA): Campanya “Els son rics; tu estàs mort”

<http://www.mededu.miami.edu/Tobacco>

Dirigida als joves. Hi trobareu textos per als professors i per als alumnes, un vídeo i cançons.



Amb la col·laboració de



ISBN 84-393-6374-5



www.gencat.net/sanitat

9 788439 363743