

**GUIÓN E IMÁGENES DE APOYO A LA FORMACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
EN
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO
#**

**CORTA POR LO SANO
#**

**Texto del Guión
#**

EDITA

**Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)
y
Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC)
#**

Madrid, 1999

#

PATROCINA

Ministerio de Sanidad y Consumo

#

REALIZA

Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS)

#

DIRECCIÓN

V. López García-Aranda

T. Salvador Llivina

#

ILUSTRACIONES

La Mar. Creación Gráfica, S.L.

#

COLABORADORES

E. Cabrillo, J.L. Díaz-Maroto, E. Estornell Mayor, P.A. Fernández León, J. García San Cornelio, D. Marín Tuyà, F. Megías, J. Muñiz García, R. Pérez Gerada, B. Pérez Gómez, M. Sainz Martín, J.R. Villalbí Hereter

#

CON EL SOPORTE DE

Asociación de Educación para la Salud. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Asociación Española de Enfermería Docente. Asociación Española de Pediatría. Asociación Española contra el Cáncer. Consejo General del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos. Fundación Científica de la Asociación española contra el Cáncer. Fundación para la Educación Pública y la Formación Oncológica Continuada. Socidrogalcohol. Societat Catalana per a la Prevenció del Tabaquisme. Sociedad Española de Arterioesclerosis. Sociedad Española de Cardiología. Sociedad Española de Epidemiología. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública. Sociedad española de medicina Rural y

SUMARIO

#

Introducción

#

Determinantes del consumo de tabaco

Inicio del consumo epidémico

Dimensiones del negocio del tabaco en el mundo

La industria tabaquera: un grupo de presión de los más poderosos del mundo

Accesibilidad: puntos de venta

Disponibilidad: el precio

Dependencia: el tabaco como droga

Estrategias de promoción I: la publicidad durante el S.XX

Estrategias de promoción II: explotación del mercado femenino

Estrategias de promoción III: publicidad indirecta y promoción de marcas de tabaco

Estrategias de promoción IV: el futuro de la promoción del de marcas de tabaco

#

Consumo de tabaco e impacto sobre la salud

Evolución del consumo reciente en España

Principales enfermedades causadas por el consumo de tabaco

Modelo de epidemia tabáquica

Epidemia tabáquica y evolución de la mortalidad atribuible al tabaco en España

Comparación entre el impacto sobre la mortalidad de distintas causas

Evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón y de mama en mujeres

Impacto del tabaco en los niños y adolescentes que ahora empiezan a fumar

#

Exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco (AHT)

Impacto del AHT sobre la salud de las personas que no fuman

Necesidad de la regulación del consumo en lugares públicos

#

Dependencia: el tabaco genera adicción

Características de la dependencia al tabaco
Dependencia farmacológica: principales efectos de la nicotina sobre el organismo
Características del síndrome de abstinencia
Componentes psicológicos de la dependencia

#

Dejar de fumar

Dejar de fumar es un proceso
Factores que determinan la consolidación de la abstinencia

#

Función de los profesionales sanitarios

Evolución positiva de la prevalencia del consumo de tabaco en médicos
Influencia social y función modélica de los profesionales sanitarios respecto al tabaquismo
Apoyo a fumadores para dejar de fumar
La intervención de apoyo a pacientes fumadores es eficaz
Cumplimiento y apoyo de la normativa sobre consumo de tabaco en centros sanitarios

#

Acciones eficaces para el control del tabaquismo

Proteger a los niños y adolescentes de las presiones a fumar
Proteger el derecho ciudadano a un medio ambiente saludable y sin contaminación
Respetar el derecho ciudadano a una información veraz y no sesgada por intereses económicos ajenos
Responder al derecho de las personas que quieren dejar de fumar a recibir apoyo eficaz para conseguirlo

#

INTRODUCCIÓN

#

El consumo de tabaco es la primera causa prevenible de muerte en España. Cada año, 46.000 personas mueren en nuestro país a causa del consumo de tabaco. Esto significa que una de cada cuatro muertes producidas en hombres y una de cada cincuenta muertes producidas en mujeres, son atribuibles al consumo de tabaco, lo que representa el 14% de todas las muertes que se producen en nuestro país. Así, cada hora que pasa mueren en España cinco personas debido al uso del tabaco.

Este grave problema se deriva de la conjunción de una serie de circunstancias que empezaron a confluír durante las primeras décadas del S.XX en las sociedades industrializadas.

España fue el país europeo que tras el descubrimiento del Nuevo Mundo trajo a Europa las hojas y semillas de una planta a la que los conquistadores castellanos habían empezado a denominar tabaco. Esto ocurría a comienzos del s. XVI. Desde entonces hasta comienzos del s. XX, el consumo de tabaco no constituyó una amenaza seria para la salud pública, ni aquí en España ni en ningún otro país del mundo.

Que el consumo de tabaco no tuviera inicialmente un impacto relevante sobre la salud pública se debe principalmente a tres factores. En primer lugar, el uso del tabaco no llegó a ser un comportamiento masivamente adoptado por la población y por tanto, durante varios siglos, el tabaquismo careció de la dimensión epidémica que le caracteriza en la actualidad. En segundo lugar, los círculos o sectores todavía minoritarios que en el S. XIX fumaban tabaco, lo hacían en menor cantidad diaria que la mayoría de los fumadores modernos. El hecho de tener que liar a mano los cigarrillos o preparar la pipa, disminuía necesariamente la capacidad de consumo diario de tabaco. Finalmente, la elaboración artesanal de los productos disponibles en el mercado, hacía que los precios de las labores de tabaco no estuvieran al alcance de la mayoría de la población.

Dicha situación cambió drásticamente a finales del s. XIX, debido a una serie de modificaciones clave en los procesos de cultivo, elaboración, producción y comercialización del tabaco en los países industrializados. Muy pronto, y por razones básicamente económicas y de mercado, se popularizó el consumo de

cigarrillos. La producción masiva de cigarrillos manufacturados hizo, por primera vez, accesibles los precios del tabaco para el gran público, a la vez que el incremento exponencial de las ventas, convertía la venta de tabaco en un negocio altamente rentable para los productores. Este cambio de dimensiones comerciales, junto al desarrollo de nuevas técnicas de promoción de los productos, fueron los factores que permitieron a las empresas productoras de cigarrillos dedicar enormes esfuerzos económicos y técnicos en sofisticadas estrategias publicitarias, en una época en la que no existía limitación legislativa al respecto.

Aunque esta transformación se produce de forma idéntica en todos los países occidentales, el período/tiempo histórico en el que se desencadena varía ligeramente, dependiendo del desarrollo industrial y social de cada país. Así, el despegue del consumo masivo de tabaco se produce a partir de los años 20 en EE.UU., entre los años 30 y 40 en Europa Central y a partir de los años 50 en España. De esta forma, en muy pocas décadas, el consumo de cigarrillos se generalizó en la mayoría de países occidentales, hasta alcanzar a más del 50% de la población masculina adulta. En pocas décadas, este fenómeno desencadenó uno de los problemas de salud más graves que tiene que afrontar la sociedad moderna. Aunque, en estos países, la prevalencia del tabaquismo está hoy disminuyendo, el problema está todavía lejos poder considerarse controlado.

La creciente sensibilización de la sociedad respecto a los efectos de la epidemia tabáquica y la propia experiencia de dichos efectos en varias generaciones ha impulsado la adopción de políticas públicas de regulación de la producción, distribución, venta y consumo de los productos de tabaco. En España, las políticas de regulación dirigidas al control del tabaquismo se han iniciado tardíamente, muchas veces impulsada por el contexto internacional, y con una movilización social de apoyo menor que en otros países. Este hecho ha motivado dificultades importantes en la vigilancia y exacto cumplimiento de las normas dictadas.

Las áreas más susceptibles de regulación pública y con más evidencias disponibles sobre su efectividad son:

- Las relacionadas con la protección de los niños y los grupos sociales más vulnerables: accesibilidad y protección ante las presiones al consumo: publicidad y promoción).
- La regulación del consumo de tabaco en lugares públicos y centros de trabajo.
- Una política de precios que asegure el mantenimiento del precio por encima de la inflación, así como la equiparación fiscal de precios con los otros de países de la Unión Europea.

- El etiquetado, formato y contenido de los productos del tabaco (alquitrán y nicotina).
- Programas de información pública.
- Programas educativos a la medida de las necesidades de distintos grupos sociales.
- Intervenciones de apoyo a los fumadores que quieren dejar de fumar.

El avance hacia la consecución de una política global que integre todos estos elementos depende en gran medida de la comprensión del problema y la implicación activa de los profesionales de la Salud. Ante este reto, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, se complacen en poner a disposición de dichos profesionales, un instrumento de calidad capaz de apoyar sus tareas de formación y divulgación.

El material aquí presentado constituye un apoyo para actividades de formación dirigidas a profesionales de la Salud cuya comprensión de los factores que condicionan la epidemia del tabaquismo y cuya actuación profesional ante este fenómeno, serán sin duda dos factores determinantes para la superación de los graves problemas causados en nuestra sociedad por el consumo masivo de tabaco.

#

A. DETERMINANTES DEL CONSUMO DE TABACO

1. Inicio del consumo epidémico.

Texto gui3n: El consumo de tabaco en forma de cigarrillos no se extendi3 hasta la revoluci3n industrial. Aunque esta forma de consumo ya habi3a sido observada por los espa3oles descubridores entre los indios mejicanos (“fuman tabaco a trav3s de peque3as ca3as huecas”), no es hasta la invenci3n en 1880 de la primera m3quina de liar tabaco en una fina l3mina de papel cuando este producto empieza a estar disponible masivamente. Atr3s en la historia quedaba el tradicional uso limitado, minoritario y elitista del tabaco fumado, esnifado o mascado, y su uso ceremonial, estimulante o terap3utico.

En los siglos anteriores, el uso minoritario del tabaco, la menor cantidad consumida por los fumadores, el distinto peso de las enfermedades m3s prevalentes (infecciosas frente a cr3nicas) y el menor desarrollo social y econ3mico hacen que el uso de tabaco no se convierta en un problema de salud p3blica hasta avanzado el siglo XX. As3, el uso masivo se inicia en el periodo de entreguerras mundiales en los EEUU de Am3rica, y en las d3cadas siguientes en Europa Central. Las consecuencias de la epidemia tab3quica se har3an r3pidamente evidentes.

Imagen 1A: Evoluci3n del consumo anual *per capita*: comparaci3n entre E.E.U.U. y Espa3a (1910-1990).

2. Dimensiones del negocio del tabaco en el mundo.

Texto Gui3n: La producci3n, elaboraci3n y comercializaci3n de cigarrillos constituye una de las actividades econ3micas m3s rentables (“se compra por un c3ntimo y se vende por un d3lar”). La industria del tabaco es una de las m3s potentes del mundo en volumen de negocio (junto con los sectores de automoci3n, electr3nico y farmac3utico) y tambi3n en contrataci3n publicitaria. EEUU, China y Brasil producen el (75%) del tabaco consumido en el mundo. Adem3s, EEUU es el principal exportador de cigarrillos manufacturados. Philip Morris es la multinacional tabaquera mayor de Am3rica y la mayor empresa de productos de consumo del mundo. Su cajetilla de “Marlboro” es el producto envasado m3s vendido en el planeta.

En Espa3a se produce tabaco (0,4% mundial) altamente subvencionado por la Uni3n Europea (m3s de 20.000 millones de pesetas en 1998). Se estima que unas 75 a 100 mil familias viven de la producci3n o comercializaci3n del tabaco en Espa3a, aunque el sector ha vivido intensos recortes laborales en los 3ltimos a3os. El valor de las ventas anuales totales en los 3ltimos

años supera el billón de pesetas. El impuesto específico proporcional y el IVA representan más del 70% del precio de los cigarrillos, y es ingresado por el Estado. Tabacalera, participada en un 50% por el Estado, copa casi la mitad del mercado y mantiene el liderazgo con sus marcas más vendidas tanto en tabaco rubio (Fortuna) como en negro (Ducados).

Imagen 2A: Producción y exportación mundial de tabaco.

3. La industria tabaquera: un grupo de presión de los más poderosos del mundo.

Texto Guión: La influencia del lobby industrial del tabaco se ha demostrado muy eficaz bloqueando iniciativas legislativas federales, estatales y locales, influyendo sobre representantes políticos, financiando medios de comunicación (una de las principales fuentes de ingresos por publicidad) y académicos (institutos de investigación, revistas científicas) y modelando la opinión pública financiando a líderes de opinión.

La industria del tabaco mantiene una decisiva y continuada presión para cuestionar o negar las evidencias científicas acumuladas en las últimas décadas sobre los efectos del consumo de tabaco sobre la salud, de las características adictivas de la nicotina y de los efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental. Ha sido probada la ocultación a la población de información disponible por la industria tabaquera sobre estos efectos. Las compañías tabaqueras mantienen artificialmente la confusión sobre estos aspectos y tratan de desviar el debate público alertando sobre la restricción de la libertad individual.

Un reciente y escandaloso ejemplo de irrupción agresiva en el debate público intentando condicionar el cumplimiento de la normativa sobre restricción del uso del tabaco en espacios públicos fue la campaña realizada por la compañía Philip Morris Europa (Marlboro) en toda la prensa europea en 1995-1996 desafiando las iniciativas adoptadas por los Estados miembros de la UE, invocando la libertad personal, denunciando un inexistente acoso a los fumadores y minimizando el riesgo del tabaquismo pasivo.

Imagen 3A: Regulación del tabaquismo, según la industria, es igual a: intolerancia, cruzada, negación de las libertades...

4. Accesibilidad: puntos de venta.

Texto Guión: Desde el inicio de la producción industrial de cigarrillos manufacturados, éstos se han convertido en uno de los productos más accesibles del mercado. La excelente red de distribución con decenas de miles de puntos de venta y el bajo precio del producto facilitan su adquisición inmediata en cualquier sitio y a cualquier hora, día o noche, superando la accesibilidad de otros productos básicos como alimentos, medicamentos, productos de limpieza, libros y otros artículos de ocio. Es con mucha diferencia la sustancia adictiva más disponible para todos los ciudadanos, adultos, jóvenes o adolescentes.

Existe una gran disponibilidad tanto en el acceso como en el uso. Se puede fumar casi en cualquier momento, lugar y situación (trabajando, conduciendo, durante cualquier actividad de ocio, en casa, en la calle, charlando, comiendo, solo o acompañado, etc.). La gran accesibilidad dificulta el cumplimiento de la legislación que pretende restringir el acceso a los menores (expendedores automáticos, supermercados, venta de cigarrillos sueltos).

Imagen 4A: Puntos de venta.

5. Disponibilidad: el precio.

Texto Guión: Los cigarrillos han sido tradicionalmente, y continúan siendo, un producto muy barato en España. Las marcas más demandadas se han mantenido siempre en niveles mucho más baratos que en el resto de los países de la UE, tanto en valor absoluto como relativo y ajustado a la capacidad adquisitiva. Durante varias décadas se produjo en España una constante disminución del precio de los productos del tabaco. En relación con el IPC, una cajetilla de cigarrillos costaba la mitad en 1980 que en 1960.

A pesar del incremento en los precios desde la incorporación a la UE, España no alcanzó hasta 1995 el nivel mínimo de imposición estipulado por las tres Directivas europeas de impuestos sobre los productos de tabaco aprobados en 1992 y de obligado cumplimiento a partir de Enero de 1993. Según las mismas la tasación sobre los cigarrillos debe representar un mínimo del 70% del precio de venta al público. A pesar del cumplimiento de esta normativa, los precios tan bajos de las marcas más demandadas hacen que los cigarrillos en España sigan siendo un producto mucho más

accesible que en la mayoría de los países de la UE, pues aquí los impuestos son un porcentaje del precio. A esto se añade el grave problema de la persistencia en España de la introducción de tabaco de contrabando con cuotas de mercado del 10-15% que logra mantener una elevada demanda para marcas del tramo alto a precios competitivos, burlando la tasación, el control de calidad y consiguiendo altas tasas de venta a menores.

Imagen 5A: Impuesto y precio de la marca de cigarrillos más vendida en cada país de la UE (1997).

6. Dependencia: el tabaco como droga.

Texto Guión: El inicio y mantenimiento del consumo de tabaco no son actos de libertad. El tabaco es una sustancia tóxica de gran poder adictivo, con capacidad de generar dependencia física, psicológica y psicosocial. La nicotina es la sustancia psicoactiva responsable de adicción fisiológica, efecto de tolerancia y síndrome de abstinencia tan serios como los producidos por otras drogas psicoactivas, como cocaína o heroína..

El fumador aprende a controlar los niveles de nicotina en sangre para lograr los efectos neuropsicológicos buscados (ansiolítico, estimulante, evitación de síntomas de abstinencia, etc.). En la actualidad el hábito tabáquico es considerado como la drogodependencia más extendida. La dependencia afecta al 95% de los fumadores. Cada año una elevada proporción de fumadores intenta abandonar el hábito, pero menos de un 10% lo consigue.

La mayoría de los fumadores se iniciaron en el consumo y se mantienen fumando sin haber realizado un proceso de elección racional, consciente de las alternativas y consecuencias y en plena libertad. La falta de experiencia, de información y la propia dependencia condicionan esta elección.

La dependencia física, psicológica y social es el principal obstáculo para la cesación, limita la autopercepción de los riesgos para la salud del consumo de tabaco a través de mecanismos de defensa como la negación. La adicción al tabaco plantea la necesidad de una respuesta efectiva y suficiente de apoyo por parte de los servicios sanitarios

Ilustración 6A: La adicción al tabaco.

7. Estrategias de promoción I: la publicidad durante el S.XX.

Texto guía: A comienzos del S.XX, el esfuerzo comercial para la promoción de los productos de tabaco, en especial de los cigarrillos, se centró en la utilización de un instrumento que ha alcanzado sus máximas cotas de desarrollo y sofisticación a lo largo del siglo: la publicidad. En la actualidad, y a pesar de las progresivas restricciones publicitarias aplicadas por las legislaciones de la mayoría de países desarrollados, la industria tabaquera continua invirtiendo en publicidad, proporcionalmente más que cualquier otro sector del mercado. Las mayores inversiones las realizan las grandes multinacionales con el objeto de penetrar en nuevos mercados, compitiendo con las marcas nacionales. El objetivo de la publicidad y promoción de los productos del tabaco no es informar adecuadamente a los consumidores sino mantener la fidelidad a cada marca e incrementar el consumo de los productos de cada compañía, fundamentalmente incorporando a nuevos sectores de población al consumo de tabaco, que luego, la capacidad adictiva de la nicotina mantiene. Así, nuevos grupos sociales, mujeres, adolescentes y jóvenes constituyen la bolsa de donde se puede generar nueva demanda de forma constante. En ellos se concentran las inversiones de captación de nuevos clientes que se espera seguirán fieles a las marcas de iniciación.

El inicio al consumo de tabaco se produce entre los niños y la adolescencia y se consolida en los primeros años de la juventud. La industria del tabaco siempre ha negado que las enormes inversiones que dedica a publicidad directa e indirecta estén dirigidas a captar nuevos clientes. Cada nuevo adolescente o joven que se inicia en el consumo representa para las compañías años de consumo fiel a sus marcas. En este grupo la inversión publicitaria es muy rentable. Los niños y adolescentes están expuestos a la publicidad de los productos de tabaco y aprenden que el tabaco es algo aceptado y tolerable socialmente. Además existe publicidad directa con gran impacto (distribución gratuita de muestras de cigarrillos, *pins*, entradas a espectáculos, concursos, etc.).

La publicidad dirigida a adolescentes utiliza símbolos de liberación, rebeldía, iniciación y simulación de la vida adulta, señas de madurez, capacidad de seducción y éxito sexual, rendimiento deportivo, sociabilidad y desinhibición. Estos contenidos se adaptan al proceso de transición vivido por los adolescentes.

Las evidencias científicas acumuladas sobre el efecto de la publicidad del Camello Joe (Camel) sobre los niños y su riesgo de iniciarse en el

consumo creó un importante y prolongado debate social en los EEUU que acabó con la retirada de esta publicidad.

Ilustración 8A: Promoción (I): Publicidad.

8. Estrategias de promoción II: Explotación del mercado femenino.

Texto Guión: Las mujeres constituyen otra gran bolsa de fumadores potenciales en todo el mundo. La industria de tabaco se ha ido dirigiendo a ellas de forma y en momentos distintos en cada país. La explotación del mercado femenino de tabaco con el diseño de productos específicamente dirigidos a mujeres comenzó en los años veinte en EE.UU., y se incrementó tras la II Guerra Mundial.

En España las mujeres se van incorporado al consumo masivo desde los años setenta. El impacto de los modelos de mujer liberal, independiente y seductora (Rita Hayword, Greta Garbo) prevalentes en la industria de Hollywood fue considerable en los primeros años.

Nuevas y agresivas estrategias de *marketing* de productos dirigidas a mujeres (rubio, *light*, femenino y saludable) fueron explotando sucesivamente el importante proceso de cambio vivido por las mujeres españolas, especialmente de las jóvenes incorporadas al mundo laboral. Ahora la prevalencia de consumo en mujeres está creciendo en los países del sur de Europa, con tasas de iniciación en mujeres jóvenes que superan a las de los hombres.

Imagen 8A: Promoción (II): Explotación del mercado femenino.

9. Estrategias de promoción III: Publicidad indirecta y promoción de marcas de tabaco.

Texto Guión: El aumento progresivo de las restricciones a la publicidad directa ha provocado que la industria dedique cada vez más recursos al patrocinio de productos y actividades atractivas para los jóvenes (deportes de riesgo y competición, aventura, conciertos de rock, sorteos de motos , etc.). También cada vez más productos llevan marca de cigarrillos (ropa vaquera, prendas juveniles, calzado, relojes, equipos deportivos, etc.).

Los acuerdos voluntarios de autorregulación de la industria del tabaco para limitar su estrategia promocional de acuerdo a criterios éticos y sociales se han demostrado de escasa utilidad. Las vías de la industria para escapar al espíritu de las leyes y normas de limitación de la publicidad han demostrado ser muy amplias. El patrocinio de deportes de competición (Formula I, motociclismo, vela, fútbol), y de eventos musicales y culturales permite mantener en los medios de comunicación (incluida la TV), el mensaje del tabaco asociado a valores de rendimiento físico, compañerismo y afán de superación. El patrocinio y la publicidad directa crea espacios sociales en deuda con la industria del tabaco (grandes compañías publicitarias, prensa y otros medios de comunicación, industria del deporte de competición, etc.).

Imagen 9A: Promoción (III): Las marcas.

10.Estrategias de promoción IV: El futuro de la promoción del tabaco.

Texto Guión: A partir del año 2006, la legislación europea prevé la prohibición total de la publicidad directa e indirecta de tabaco, así como el patrocinio de actividades culturales, deportivas o de ocio por parte de marcas de tabaco. Ante este horizonte, la industria del tabaco lleva ya tiempo desarrollando estrategias de promoción capaces de contrarrestar el efecto de estas limitaciones, previstas ya desde hace años. En este marco, las estrategias de promoción se basan en todo tipo de actividades de la industria para fomentar el uso lucrativo de sus productos. Estas estrategias, parten del análisis de los factores que todavía son favorables a la expansión de su mercado:

- La promoción de la incorporación constante de nuevos consumidores: adolescentes en general y mujeres.
- La poca percepción de riesgo entre las mujeres, debida a que hoy las tasas de mortalidad atribuible al consumo de tabaco entre la población femenina todavía son bajas.
- La cultura del riesgo que define a importantes sectores de una juventud con creciente poder adquisitivo.
- La existencia de marcas consolidadas desde hace muchos años, progresivamente asociadas a otros productos consumibles por jóvenes: vaqueros, ropa y complementos deportivos , botas, relojes, cadenas comerciales especializadas en el sector del ocio y la aventura, etc.

- La diversidad de productos de tabaco existente en el mercado internacional: cigarrillos, puros, picadura para pipa, tabaco de liar a mano, tabaco de mascar, etc.
- El apoyo de poderosos aliados: políticos y personajes públicos, aparentemente independientes, pero en realidad comprometidos con la industria del tabaco.
- El crecimiento económico en muchas regiones del mundo en las que, hasta ahora, el poder adquisitivo de la población era muy escaso, y el consumo de tabaco, prácticamente irrelevante.
- Restricciones insuficientes para controlar las estrategias de promoción en la mayoría de países del mundo.
- El poder adictivo de la nicotina que asegura la lealtad de los clientes desde edades muy tempranas.

A partir de este análisis, la estrategia promocional de la industria del tabaco se centra en dos objetivos generales:

1º Incrementar la disponibilidad y la accesibilidad del tabaco, haciéndolo apetecible para los nuevos clientes: los jóvenes, mantener contenidos altos de nicotina, diversificar el tamaño de los paquetes de cigarrillos, promover la proliferación de máquinas expendedoras, mantener precios bajos, tolerar o participar en el contrabando internacional, luchar contra la armonización legislativa, retrasar la aplicación y el seguimiento de las leyes, buscar vacíos legales, reunir datos de clientes mediante concursos, y utilizar las marcas en otros productos y como identificación de cadenas comerciales.

2º Promover una imagen positiva de la industria tabaquera en la sociedad mediante el estrechamiento de vínculos con aliados poderosos como:

- Propietarios de medios de comunicación (ejemplo: veto a programas de amplia audiencia para ayudar a los fumadores a abandonar el tabaco, tras la firma de contratos publicitarios entre cadenas de radio y la industria tabaquera).
- Políticos y responsables de decisiones políticas (ejemplo: ejecutivo español, que culmina una brillante carrera profesional en 1993 como Director de Asuntos Corporativos de Philip Morris España y eurodiputado).
- Realización de actividades culturales y benéficas
- Patrocinio de grupos de presión cuya imagen corporativa pretende ser la independencia, la tolerancia y la defensa de las libertades civiles (ejemplo: el “Club de fumadores por la tolerancia”)

- Oferta a los gobiernos de programas de educación para la salud en las escuelas, que pretenden transmitir a los alumnos el mensaje de “ahora no fumes, ya podrás hacerlo cuando seas mayor”.
- Financiación de investigación supuestamente independiente.
- Financiación de jornadas y congresos sobre temas como la democracia, solidaridad, apoyo a minorías.
- Financiación de programas de cooperación para países en vías de desarrollo (ejemplo: la campaña del 0,7 desplegada por Fortuna en 1998).

Ilustración 10A: El futuro de la promoción.

#

B. PRINCIPALES COMPONENTES DEL HUMO DE TABACO CON EFECTOS SOBRE LA SALUD HUMANA

1. Componentes del humo de tabaco.

Texto Guión: En el humo de la corriente principal (inhalada) y de la corriente secundaria (humo del cigarrillo al ambiente) se han identificado más de 3.900 constituyentes. Los efectos de aquellos con actividad biológica tóxica o carcinogénica para el hombre han sido especialmente analizados en amplios estudios experimentales en laboratorio.

La mayor parte de los efectos tóxicos del humo del tabaco se deben a los siguientes componentes:

- CO (monóxido de carbono), que desplaza al oxígeno de la hemoglobina y reduce la oxigenación celular en todos los tejidos, con especial impacto sobre sistema nervioso y cardiovascular.
- Nicotina, responsable del efecto adictivo y con acción directa sobre sistema nervioso y cardiovascular (vasoconstricción, agregación plaquetaria, incremento de frecuencia cardiaca y tensión arterial).
- La mayoría de los agentes tóxicos y carcinógenos del tabaco se encuentran en fase de partículas (benzopireno, nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos policíclicos, metales, etc.).

- Tóxicos y carcinógenos en la fase gaseosa (cianuro, acetaldehído, amoníaco, acroleína, benceno, formaldehído, etc.)

Los componentes del humo del tabaco se estudian mediante máquinas que simulan el proceso de inhalación usado por el hombre para fumar. El humo de tabaco es un aerosol con una fase gaseosa y una fase de partículas. El alquitrán es el material que queda en un filtro de cristal cuando la máquina fuma un cigarrillo, después de eliminar el agua y la nicotina del residuo. El contenido de alquitrán y de nicotina puede modificarse con el uso de filtros y el uso de distintas variedades de tabaco o composición de la mezcla. La forma de fumar varía enormemente la retención de componentes del humo del tabaco. El contenido de nicotina en los cigarrillos y los niveles de nicotina en sangre están escasamente correlacionados, debido a la tendencia de los fumadores a autoregular sus niveles de nicotina aumentando la intensidad o la frecuencia de las aspiraciones.

El Centro Internacional para la Investigación del Cáncer de Lyon, tras el análisis y revisión de los efectos biológicos de los componentes del tabaco en cultivos celulares, mamíferos y humanos concluyó (1986) que existe suficiente evidencia de que la inhalación de humo de tabaco es carcinogénico para los humanos. La ocurrencia de tumores malignos del tracto respiratorio y del tracto digestivo superior, vejiga, pelvis renal y páncreas está relacionada de forma causal con el consumo de tabaco. El humo de tabaco ambiental también ha sido reconocido como carcinógeno para los humanos.

La fase de partículas del humo del tabaco contiene la mayoría de los agentes carcinogénicos. Las partículas del humo del tabaco -alquitrán- inducen, de forma consistente y con relación dosis-respuesta, tumores en la piel y en el epitelio bronquial de mamíferos.

Más de 30 componentes del humo del tabaco se han identificado como potentes carcinógenos o co-carcinógenos en mamíferos, y algunos como carcinógenos en humanos (condensado de partículas total, benceno, cloruro de vinilo, 2-Naftilamina, 4-aminobifenil, arsénico y cromo). Aún quedan muchos componentes por analizar. Además el humo de tabaco contiene numerosos carcinógenos órgano-específicos. El grupo más importante es el de N-nitrosaminas, derivadas de la nicotina y otros alcaloides y formadas en el tratamiento y combustión del tabaco. Este grupo contiene los carcinógenos específicos de órgano más potentes (cavidad oral, pulmón, esófago). Las aminas aromáticas se han asociado con el incremento de riesgo de cáncer de vejiga, y el Polonio-210 con el cáncer de pulmón.

Imagen 1B: Componentes del humo de tabaco.

#

C. CONSUMO DE TABACO E IMPACTO SOBRE LA SALUD

1. Evolución del consumo reciente en España.

Texto Guión: La prevalencia de consumo de tabaco en España ha sido recogida de forma fiable desde finales de los años setenta, mediante encuestas nacionales específicas o generales de salud con grandes muestras de población. En estos cuestionarios se mide el consumo y modalidades de consumo autoreferidos. El consumo de cigarrillos por habitante y año se empieza a disparar en España a partir de los años cincuenta hasta llegar a niveles de 2.500 cigarrillos por habitante y año a finales de los años setenta. Hasta ese momento prácticamente sólo los hombres fumaban en España.

Desde entonces se puede observar con los datos recogidos en las Encuestas Nacionales, como se ha producido un descenso global en la prevalencia de consumo, pasando de un 40,1% en la población en 1978 a un 35,7% en 1997. Este descenso se debe fundamentalmente a una menor incorporación al consumo y a la cesación en hombres fumadores adultos. El descenso global en hombres en las dos últimas décadas es de enorme relevancia (descenso relativo superior a un 30%), pasando de un 64,7% de fumadores a un 44,8%.

Por el contrario, las mujeres se han ido incorporando masiva y rápidamente en este periodo al consumo de tabaco, pasando de una prevalencia del 16,6% en 1978 al 27,2% en 1997 (incremento relativo superior al 60%). En las encuestas recientes se observa una incorporación temprana y superior a los hombres en mujeres adolescentes, manteniendo prevalencias próximas al 50% en mujeres jóvenes, lo que significa un mal pronóstico para esta generación de mujeres.

Imagen 1C: Prevalencia del consumo de tabaco, España 1978-1997.

2. Principales enfermedades causadas por el consumo de tabaco.

Texto guía: Las evidencias sobre los efectos del consumo de tabaco sobre la salud fueron analizadas, sintetizadas y difundidas por primera vez, de manera integral, con la publicación en 1964 del primer informe del Surgeon General de los EEUU.

Desde entonces muchos nuevos estudios experimentales y observacionales se han ido acumulando, precisando mejor los efectos del tabaco. Más de 25 millones de personas-año de observación de fumadores, ex-fumadores y nunca fumadores han proporcionado evidencia de la magnitud de la asociación y de la precisión de los riesgos de muerte por distintas causas asociadas al consumo de tabaco. Grandes estudios prospectivos realizados en los EEUU de América, Canadá, Reino Unido (cohorte de médicos), Japón, Suecia, muestran de forma consistente el riesgo del consumo, la relación dosis-respuesta, el papel relevante de la edad de inicio y la duración de la exposición, la disminución del riesgo tras la cesación, etc.

El estudio prospectivo de cohortes *Cancer Prevention Study II* es uno de los grandes estudios recientes. En él se siguieron a 1,2 millones de voluntarios de todos los EE.UU., mayores de 30 años durante el periodo 1982-1986. Comparando la mortalidad observada durante los años de seguimiento entre fumadores y no fumadores se obtuvieron los riesgos que aquí se presentan para algunas localizaciones tumorales y principales causas de muerte cardiovascular y respiratoria. En estas causas el exceso de muerte observado en fumadores se debe completa o parcialmente a la exposición al tabaco. Así vemos que los hombres fumadores presentaron una mortalidad por cáncer de pulmón 22 veces mayor que los no fumadores y las mujeres fumadoras 11,9 veces mayor que las no fumadoras. Otras muchas causas de morbilidad y mortalidad asociadas al uso del tabaco no están incluidos (otros cánceres, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, muertes accidentales- incendios-, mortalidad perinatal, etc.).

Imagen 2C: Riesgos relativos de muerte por principales causas en fumadores de 35 y más años.

3. Modelo de epidemia tabáquica.

Texto Guía: A pesar de los efectos del tabaquismo observados en numerosas poblaciones durante las últimas décadas sobre la morbilidad y mortalidad, la pandemia tabáquica continua creciendo y el consumo aún

aumenta en muchos países, especialmente de Asia , Europa del Sur y del Este. Uno de los factores que limitan la percepción y valoración precisa de los riesgos del tabaquismo es el retraso en el tiempo con el que se producen sus efectos más devastadores para la salud.

Alan López y col. han propuesto, basándose en 100 años de observación en países con la historia más prolongada de uso masivo de tabaco, un modelo sobre la difusión del consumo en hombres y mujeres y sobre la mortalidad asociada al consumo de tabaco observada posteriormente. La mortalidad actual atribuible al consumo de tabaco es el efecto de pasadas experiencias y prevalencias de consumo. El patrón de consumo y la mortalidad posterior en cada población irían recorriendo (con algunas variaciones) las distintas fases propuestas en este modelo:

Fase I. 1-2 décadas. Inicio de la epidemia. Prevalencia de consumo en hombres baja (<15%) y sobre todo en mujeres (<5%). Consumo de menos de 500 cigarrillos por habitante adulto/año, fundamentalmente hombres. Morbilidad y mortalidad debida al tabaquismo aún no visible. Cáncer de pulmón muy infrecuente.

Fase II. 2-3 décadas. Crecimiento rápido de la prevalencia en hombres (50-80%).El incremento en mujeres se retrasa 1-2 décadas. Consumo per cápita se eleva a 1000-3000 cigarrillos/año, aún fumados mayoritariamente por hombres. Escasos ex-fumadores. No hay medidas de control. Aceptabilidad social de consumo. Mortalidad en hombres llega al 10% de todas las muertes.

Fase III. Se inicia el descenso de la prevalencia en hombres hasta el 40%. Numerosos ex-fumadores en edades medias y avanzada. La prevalencia en mujeres puede llegar a máximos del 35-40%, a expensas de mujeres jóvenes, a pesar de que se han difundido ampliamente ya los efectos adversos del tabaco. El consumo per capita en hombres varia entre 3000 y 4000 cigarrillos/año y en mujeres entre 1000-2000. En tres décadas la mortalidad atribuible crece rápidamente hasta causar la muerte de 1 de cada 3 fumadores en edad media (35-69 años), mientras que en mujeres es aún muy baja. Se implementan estrategias de control.

Fase IV: La prevalencia en hombres puede bajar al 30-35% y en mujeres empieza a bajar, pero muy lentamente. Se observa el máximo de la mortalidad en hombres para descender lentamente, mientras crece rápidamente la mortalidad en mujeres, llegando al 20-25% de todas las muertes (como los hombres 20-30 años antes). Rechazo social al consumo

de tabaco, políticas integrales de control. Diferencias sociales en los patrones de consumo.

Aplicado este modelo a España, el patrón de consumo y mortalidad en los hombres se situaría hoy finalizando la fase III y en las mujeres en la mitad de la fase II.

Imagen 3C: Un modelo de la epidemia tabáquica.

4. Epidemia tabáquica y evolución de la mortalidad atribuible al tabaco en España

Texto Guión: La experiencia de consumo de tabaco de la población española en este siglo sitúa a las consecuencias de la epidemia tabáquica en una situación aún creciente en España, especialmente en las mujeres. El consumo de cigarrillos per capita en España no dejó de incrementarse hasta alcanzar un máximo a principios de la década de 1980, permaneciendo globalmente estable desde entonces.

Los métodos epidemiológicos utilizados para la estimación de las muertes atribuibles al consumo de tabaco, han permitido establecer un seguimiento del impacto sobre la mortalidad de dicho consumo en cada población. Para ello, se analizan los indicadores de prevalencia de uso de tabaco por sexo y edad obtenidas a través de encuestas nacionales, los datos de población y el número de muertes anuales por distintas causas y los riesgos relativos de mortalidad para distintas causas obtenidos de amplios estudios de cohortes y de casos y controles que han permitido comparar la experiencia de fumadores y no fumadores.

Siguiendo estos métodos, en España se ha estimado que el uso de tabaco ha causado 621.678 muertes en los 15 años comprendidos entre 1978 y 1992 en adultos mayores de 35 años. En este último año, se produjeron por esta causa 46.226 muertes (14,7% de todas las muertes) de las que la mayoría (93,4%) ocurrieron en hombres.

Globalmente se observa una tendencia creciente en el impacto de la epidemia tabáquica sobre la mortalidad en España, especialmente destacada en las mujeres. Las muertes atribuibles al tabaco en el periodo analizado en las mujeres se incrementan de 1281 a 3039 (>100%), mientras que en los hombres crecen de 35.978 a 43.187 (20%). El cáncer de pulmón (27,8%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (20%), la cardiopatía

isquémica (14,5%) y la enfermedad cerebrovascular (12,6%) son las causas específicas de la mayoría de estas muertes.

La consideración de las recientes evidencias de asociación entre la exposición a humo de tabaco ambiental y muerte por cáncer de pulmón y enfermedad coronaria, así como mortalidad perinatal, y la inclusión de otras causas de muerte externas (accidentes, incendios) y nuevas localizaciones de cáncer (algunos de estómago, adenocarcinoma renal, hígado, algunas leucemias mieloides) puede incrementar estas estimaciones.

Para contribuir a la sensibilización social sobre este grave problema de salud pública, es prioritario transmitir adecuadamente el enorme impacto relativo que sobre la mortalidad tiene la exposición al tabaco y la magnitud de las consecuencias sociales y económicas de estas muertes prematuras y de la morbilidad asociada.

Imagen 4C: Muertes atribuibles al consumo de tabaco, España, 1978-1992.

5. Comparación entre el impacto sobre la mortalidad de distintas causas.

Texto Guión: El consumo de tabaco constituye la principal causa aislada y evitable de mortalidad en España. Muchas veces el riesgo de muerte que representa la exposición continua al tabaco se minimiza y confunde de forma interesada, situándolo entre otros muchos riesgos con los que nos vemos obligados a convivir cada día. La elevada magnitud de los riesgos del tabaquismo y su enorme difusión en la población hacen que el peso de este factor como causa de muerte sea de orden muy superior a otros con los que habitualmente se compara.

Si observamos las muertes anuales debidas a causas de gran impacto social y consideradas también como evitables, podemos ver como las muertes atribuibles al consumo de tabaco son de un orden decenas de veces superior a las muertes por consumo de drogas ilegales, por SIDA o por accidentes de tráfico. De cada 1.000 muertes que se producen en España, 147 se deben al consumo de tabaco, 20 a accidentes de tráfico, 2 a SIDA y menos de 1 a consumo de drogas ilegales. Equiparar el impacto sobre la salud del tabaquismo con otros riesgos cotidianos como la exposición a la contaminación atmosférica, a las radiaciones ionizantes o

electromagnéticas, o al consumo de determinados alimentos, es un ejercicio de confusión.

En España, una de cada 4 muertes producida en hombres y una de cada 50 producida en mujeres se debe al consumo de tabaco. La tercera parte de estas defunciones son prematuras y ocurren en personas menores de 65 años, lo que representa una pérdida de expectativa de vida de 20 años de media respecto a los no fumadores. Se ha dicho que el tabaco es uno de los pocos productos de venta y consumo autorizado en el que seguir las instrucciones especificadas por los fabricantes produce lesiones o muerte a la mayoría de los usuarios.

Imagen 5C: Distintas causas de muerte prematura en España.

6. Evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón y de mama en mujeres.

Texto Guión: En los años sesenta, el cáncer de pulmón ya constituía la primera causa de muerte por cáncer en los hombres de EEUU. Entre las mujeres, por el contrario era la quinta causa de muerte por cáncer, muy alejada del cáncer de mama, colon-recto y estómago. Entonces se producía 1 muerte por cáncer de pulmón en mujeres por cada 7 en hombres. En el primer informe sobre los efectos de tabaquismo (Surgeon General 1964) no se definía la asociación entre consumo de tabaco y cáncer de pulmón en las mujeres.

En 25 años la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres se incrementó de forma epidémica y con gran rapidez. En 1986, el cáncer de pulmón y el de mama se equiparaban como primeras causas de muerte por cáncer en mujeres. Ahora la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres supera ligeramente a la debida a cáncer de mama y presenta una tendencia creciente. La tasa de mortalidad actual es parecida a la que presentaban los hombres hace 3 décadas y ahora se produce la muerte de 1 mujer por cáncer de pulmón por cada 2 en hombres. Durante todo este periodo las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres no fumadoras han permanecido estables, conservando la condición de enfermedad muy rara en este grupo de población. Tendencias parecidas se observan en otros países donde la incorporación masiva de las mujeres al consumo de tabaco se produjo durante la década comprendida entre los años 30 y 40 del S.XX, por ejemplo en Escocia. Algunos datos en España, apuntan en la actualidad al inicio de este proceso.

Imagen 6C: Tendencia de las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón y mama en mujeres.

7. Impacto del tabaco en los niños y adolescentes que ahora empiezan a fumar.

Texto Guión: Las primeras experiencias con el tabaco se producen durante la infancia y la adolescencia y el hábito se consolida durante la juventud. La fidelidad posterior a este consumo es extremadamente alta.

El mayor riesgo de muerte lo asumen los que empiezan a fumar cigarrillos de forma regular en la adolescencia (el 90% de los fumadores inician el consumo entre los 13 y los 18 años). El mantenimiento del consumo durante la mayor parte de la vida adulta, que es la situación más frecuente, supone que cerca de la mitad de estas personas morirán por su exposición al tabaco. La mayoría de los que mueren por causa del tabaco no son grandes fumadores. Sin embargo, la mayoría de ellos empezaron a fumar en edades muy jóvenes.

Se ha venido alertando en los últimos años sobre la mayor importancia de la exposición precoz al tabaco, especialmente respecto al riesgo de muerte por cáncer de pulmón. Niños y adolescentes presentarían una mayor susceptibilidad a los efectos de los carcinógenos iniciadores presentes en el humo del tabaco.

En España se observa una evolución reciente positiva respecto al retraso en la edad de iniciación de consumo de tabaco esporádico y diario. Sin embargo, se observan altas prevalencias consolidadas en jóvenes de 16 a 24 años (próximas al 50 %).

Imagen 7C: La mitad de los adolescentes que continúen fumando, morirá por causa del tabaco.

#

D. EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA AL AIRE CONTAMINADO POR HUMO DE TABACO (ACHT).

1. Impacto del ACHT sobre la salud de las personas que no fuman.

Texto Guión: Las evidencias científicas acumuladas y disponibles en los últimos años sobre el riesgo para la salud de la exposición al Aire Contaminado por Humo de Tabaco (ACHT) justifican la adopción de medidas estrictas de protección de las personas de esta exposición.

El origen de la contaminación del aire por humo de tabaco es el humo exhalado por el fumador (corriente principal) y sobre todo el humo que surge del cigarrillo durante la combustión directamente al ambiente (corriente secundaria). El humo de esta corriente secundaria presenta una mayor concentración de muchos de los componentes tóxicos y carcinógenos (CO, amoníaco, acroleína, nitrosaminas). La presencia de estos componentes en el ACHT y su presencia en no fumadores expuestos (nicotina y derivados) es muy variable, y depende del volumen y ventilación del espacio contaminado y la duración de la exposición.

Adultos y niños no fumadores expuestos al ACHT presentan con más frecuencia síntomas como irritación ocular, molestias faríngeas, tos y otros síntomas respiratorios menores. La relación de esta exposición con el cáncer de pulmón (aumento del riesgo del 30%) y la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (aumento del riesgo del 25%) ha sido claramente precisada en grandes estudios observacionales de cohortes y de casos y controles. También se ha establecido el efecto sobre el peso al nacer y la mortalidad perinatal en hijos de madres fumadoras, y se han acumulado evidencias suficientes sobre la asociación entre la exposición al ACHT y la aparición más frecuente o el agravamiento de bronquitis, neumonía, asma y otitis media infantil.

La elevada prevalencia de la exposición al ACHT en el hogar, el trabajo y lugares de ocio hace especialmente relevante el impacto sanitario de la misma, aun cuando los riesgos de esta exposición sean inferiores a los que representa el tabaquismo activo.

Imagen 1D: Problemas de salud causados por el ACHT.

2. Necesidad de la regulación del consumo en lugares públicos.

Texto Guión: Con el actual conocimiento de los efectos de la exposición al ACHT sobre la salud humana, se hace inevitable la regulación de su

presencia en los recintos cerrados de trabajo y ocio, para garantizar la protección la salud de las personas.

Uno de los efectos colaterales positivos más importantes de las políticas de extensión de espacios sin humo es el cambio de la percepción social del fumar como un comportamiento aceptado socialmente entre los adultos. Esta percepción desempeña un papel muy importante en el proceso de iniciación del tabaquismo de los adolescentes.

La regulación del tabaquismo suscita un amplio apoyo social. Los no fumadores y la mayoría de los fumadores aceptan la regulación del uso de tabaco en espacios públicos.

La industria del tabaco, en defensa de sus intereses comerciales, desarrolla una política agresiva de desinformación, intenta obstaculizar el desarrollo de las regulaciones presionando a los gobiernos y representantes políticos e intenta extender la impresión de que la regulación del tabaco es socialmente controvertida.

Los poderes públicos están legitimados democráticamente para regular aspectos de la promoción, venta y consumo de tabaco. El mantenimiento del apoyo social a esta estrategia y el seguimiento efectivo de las regulaciones aplicadas para garantizar su óptimo cumplimiento son básicos para el éxito de estas medidas.

Imagen 2D: Conseguir un medio ambiente libre de ACHT.

#

E. DEPENDENCIA: EL TABACO GENERA ADICCIÓN.

1. Características de la dependencia al tabaco.

Texto Guión: Al establecimiento y consolidación de la dependencia al tabaco contribuyen numerosos y complejos factores, que se pueden clasificar en tres grandes grupos:

Factores psicosociales. Entre los más destacados factores en este grupo se encuentran la gran accesibilidad al producto, la presión del entorno, la

tolerancia social al consumo, la curiosidad, la rebeldía frente a la prohibición, el deseo de incorporación al mundo adulto, y otros. Estos factores resultan ser tan importantes a lo largo de un periodo crítico de la vida, como la adolescencia, que logran superar el rechazo inicial y las primeras reacciones negativas del organismo ante la exposición al humo de tabaco.

Factores psicológicos. El carácter repetitivo del consumo de cigarrillos llega a automatizarse. Encender un cigarrillo se convierte en un acto reflejo inconsciente asociado a múltiples acciones y situaciones de la vida cotidiana. Este hábito queda rápida y firmemente consolidado, y su interrupción se va haciendo más difícil y a medida que la duración del consumo es mayor.

Factores fisiológicos o farmacológicos. La alta capacidad adictiva de la nicotina hace que, después de un breve periodo de consumo esporádico, el organismo se adapte rápidamente a un nivel de nicotina que precisa para funcionar con normalidad. La privación del nivel requerido de nicotina causa síntomas desagradables cuya evitación constituye el motivo más potente para seguir fumando (refuerzo positivo).

Imagen 1E: La dependencia del tabaco.

2. Dependencia farmacológica: principales efectos de la nicotina sobre el organismo.

Texto Guión: El cigarrillo es una forma altamente efectiva de suministro de nicotina. El 1-2% de la nicotina de un cigarrillo pasa a los pulmones y al torrente sanguíneo.. La nicotina se absorbe y se distribuye por todo el organismo. La nicotina no metabolizada permanece en el organismo estimulando los neurotransmisores y favoreciendo los efectos adictivos del tabaco.

La nicotina incrementa la liberación de hormonas como la adrenocorticotropa, la prolactina, la vasopresina y la hormona de crecimiento.

La nicotina reduce el deseo de ciertos alimentos. Este posible efecto anorexígeno puede estar relacionado con cambios en el centro cerebral de la saciedad y efectos directos de incremento del metabolismo basal

(estimulación actividad simpático-adrenal, liberación de neurotransmisores -noradrenalina, dopamina, hormonas, cortisol, y otros).

La nicotina es un potente neuroestimulante de acción central y periférico (sistema simpático, ganglio vegetativos). Dosis bajas estimulan la neurotransmisión y dosis altas provocan bloqueo sináptico. Los efectos neurológicos de la nicotina son complejos, múltiples y muy variables. De esta acción múltiple agonista y antagonista sobre distintos sistemas de receptores dependen muchos de los efectos sobre la conducta, la satisfacción, el control del *stress*, la concentración, la euforia. También a este nivel se explican los efectos fundamentales de dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia.

La nicotina estimula el sistema cardiovascular, aumentando la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. Es capaz de producir vasoconstricción y espasmo coronario y se le atribuye capacidad citotóxica directa sobre endotelio vascular contribuyendo a la formación de la placa de ateroma.

Imagen 2E: Efectos de la nicotina.

3. Características del síndrome de abstinencia.

Texto Guión: El síndrome de abstinencia de nicotina es específico, aparece después de la interrupción brusca del consumo o la reducción importante en la intensidad después de un consumo diario prolongado. Se caracteriza por una necesidad imperiosa de fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, alteraciones del sueño, disminución de la frecuencia cardíaca, alteraciones gastrointestinales, y sensación de apetito. Estos síntomas pueden provocar deterioro o alteración funcional significativa en áreas sociales, ocupacionales y otras relevantes. La administración de nicotina por otras vías reduce sustancialmente la mayoría de estos síntomas.

Estos síntomas empiezan entre 2-12 horas después de la interrupción, según el grado de dependencia. Pueden ser intensos durante 1-2 semanas, con picos en los primeros días, para disminuir progresivamente. Algunos persisten varios meses en una elevada proporción de fumadores. También pueden observarse síntomas parecidos al cambiar a cigarrillos de bajo contenido en nicotina manteniendo la intensidad de consumo, al abandonar el tabaco mascado, el chicle o los parches de nicotina.

La rapidez con la que los productos del tabaco generan dependencia y síndrome de abstinencia está asociada a la rapidez de la vía de administración (respiratoria) y al contenido de nicotina de los productos. Es más intensa en consumidores de cigarrillos que de otros productos de tabaco. El inicio más rápido de los efectos de la nicotina lleva a un hábito más intenso y difícil de abandonar, debido a la frecuencia y rapidez del refuerzo y a la mayor dependencia física de la nicotina.

Imagen 3E: Síndrome de abstinencia.

4. Componentes psicológicos de la dependencia.

Texto Guión: Los factores psicológicos son componentes esenciales de la dependencia al tabaco. El uso repetido del tabaco en situaciones cotidianas va estableciendo asociaciones automáticas entre fumar y manejo y solución de tareas. El uso del tabaco se consolida asociado a determinadas situaciones estresantes, desagradables o, por el contrario, placenteras. El desarrollo de la dependencia psicológica tiene que ver con los siguientes efectos:

Efecto de relajación, relacionado con situaciones de descanso, distensión y placer. El tabaco llega a convertirse en un elemento imprescindible para estar tranquilo y a gusto (el consumo de cigarrillos después de una comida, al final de una relación sexual, durante las copas o charlas con los amigos, etc).

Efecto de mejora del rendimiento, en tareas que el fumador no se ve capaz de afrontar sin el tabaco (concentración para redactar, pruebas de habilidad, enfrentarse a problemas y situaciones difíciles o estresantes, etc.).

Junto a los otros factores que contribuyen a la dependencia (psicosociales y fisiológicos), los factores psicológicos hacen que la mayoría de los cigarrillos no se consuman por placer, sino porque las consecuencias de prescindir de ellos en situaciones cotidianas no son tolerables para el fumador. Los componentes psicológicos de la dependencia contribuyen de forma relevante a la dificultad de la cesación y a la elevada frecuencia de recaídas.

Imagen 4E: Dependencia psicológica.

F. DEJAR DE FUMAR

1. Dejar de fumar es un proceso.

Texto Guión: Abandonar el uso del tabaco y consolidar una conducta de abstinencia definitiva constituye un proceso que todo ex-fumador realiza. Los Drs. Prochaska y DiClemente han propuesto una descripción en varias fases del proceso de dejar de fumar:

Periodo de consonancia o precontemplación: La persona se percibe a sí misma como fumadora y se acepta como tal. No existe conflicto entre conducta, la imagen y el concepto de sí mismo.

Periodo de disonancia o contemplación: Empieza a evidenciarse un conflicto entre su conducta actual de fumador y el comportamiento deseado (dejar de fumar). Considera la cesación, influido por la información sobre los riesgos del tabaco o los primeros síntomas físicos del consumo. Al final del periodo, la posibilidad real de la cesación empieza a personalizarse.

Periodo de acción: A medida que aumenta la disonancia entre la conducta actual y la situación deseada, aparece más próximo el acto de determinación para intentar realmente el abandono del tabaco. Generalmente se produce un periodo alternante de consumo y abstinencia, que muchas veces, sin el apoyo e información suficientes, puede conducir a la sensación de fracaso, culpabilidad y desaliento.

Periodo de consolidación: La probabilidad de consolidar la cesación depende la duración del periodo de abstinencia conseguido, de la intensidad de la motivación para la cesación y el grado de dependencia alcanzado.

Imagen 1F: Dejar de fumar es un proceso.

2. Factores que determinan la consolidación definitiva de la abstinencia.

Texto Guión: Se han identificado un conjunto de factores que determinan la consolidación definitiva de la abstinencia:

Motivación personal. La calidad y tipo de recompensas y gratificaciones que cada uno espera recibir como consecuencia de dejar el hábito (salud, ahorro, deporte, estética, hijos, libertad, superación personal, etc.).

Grado de dependencia. La dificultad de la cesación se incrementa con el grado de dependencia alcanzado. El cuestionario de Fagerström permite valorar esta dependencia con una sencilla escala en función de aspectos de la conducta del fumador.

Expectativa de éxito. La confianza en la capacidad personal de conseguir la cesación es determinante del éxito. La claridad respecto a los motivos y posibilidades de lograr los objetivos propuestos ayuda a aprender de experiencias anteriores y a avanzar en cada intento hasta consolidar el abandono del tabaco.

Disponibilidad de recursos de apoyo. El proceso de dejar de fumar requiere apoyos relevantes del entorno personal más inmediato. Disponer de información precisa sobre las características y grado de dependencia, los síntomas de abstinencia y las formas de prevenir recaídas facilita la superación del proceso. Las guías para dejar de fumar ayudan a seguir un plan que ha demostrado cierto grado de eficacia. En caso necesario, el apoyo de profesionales sanitarios y el tratamiento sustitutivo con nicotina constituyen importantes y eficaces recursos disponibles.

Imagen 2F: Factores de consolidación de la abstinencia.

#

G: FUNCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

1. Evolución positiva de la prevalencia del consumo de tabaco en médicos.

Texto Guión: La alta prevalencia de consumo de tabaco alcanzada en los hombres en los años cincuenta y sesenta en España afectaba por igual a los profesionales sanitarios, y en concreto a los médicos, mayoritariamente hombres. En aquellos años, numerosas películas y series norteamericanas exportaban la imagen de médicos fumadores, ajenos a los riesgos ya

conocidos del tabaco y a su papel ejemplar y su capacidad de intervención y de apoyo a los fumadores.

La rápida feminización del sector sanitario hace que, en los años de rápido descenso del consumo en los hombres, se incorporen mujeres jóvenes que presentan prevalencias superiores al 50%. Este factor contribuye sustancialmente a que la prevalencia en los médicos y, sobre todo entre el personal de enfermería, aparezca como superior a otros sectores profesionales y a la población general.

Sin embargo, las encuestas realizadas en España muestran como desde finales de los años ochenta se viene observando una reducción del consumo en los profesionales sanitarios, y de forma destacada entre los médicos, más rápida que la observada en población general. Las encuestas realizadas en Cataluña muestran un descenso de la prevalencia de consumo de tabaco en médicos desde un 52,8% en 1982 al 31,3% en 1996. La reciente encuesta del INSALUD muestra un proceso similar.

Sin embargo, los médicos españoles siguen fumando, en proporción mayor que la media de los médicos de la UE (30%) y mucho más que los médicos del Reino Unido (10%).

El hecho de ser o no fumador condiciona muchas actitudes y comportamientos de los médicos (fumar ante los pacientes, permisividad al consumo en los centros sanitarios, adhesión a las normas, oferta de consejo y apoyo a los pacientes, etc.). Estas actitudes y comportamientos también han ido evolucionando positivamente en los últimos años.

Imagen 1G: Evolución del tabaquismo en población general y en médicos. España, 1978-1998

2. Influencia social y función modélica de los profesionales sanitarios respecto al tabaquismo.

Texto guión: La mayoría de los profesionales de la salud, y muy especialmente los médicos, han contribuido eficazmente a revertir la epidemia tabáquica en países como el Reino Unido, países escandinavos, Canadá, Estados Unidos, Australia, y la mayor parte de los países de la Unión Europea. El protagonismo de los colegios profesionales y asociaciones científicas ha sido cualitativamente determinante de los cambios de actitud de la población y de los gobiernos. Con la iniciativa del

Colegio de Médicos Británico de realizar un estudio prospectivo de los propios médicos se logró identificar y cuantificar con precisión los efectos sobre la mortalidad por numerosas causas de muerte del consumo de tabaco.

La publicación de los primeros resultados y el seguimiento de la cohorte durante más de 40 años ha tenido un enorme impacto sobre la prevalencia de consumo entre los médicos británicos y sobre toda la sociedad, en la actualidad el consumo de tabaco entre los médicos británicos es inferior al 10%.

La decidida y continuada intervención individual y colectiva de los profesionales sanitarios se manifiesta en tres niveles distintos:

1. Actitud médica respecto a los pacientes y otros trabajadores de su entorno laboral y que puede resumirse en:
 - no fumar,
 - en caso de no poder dejar el tabaco, no fumar en presencia de pacientes,
 - motivar al resto de compañeros del equipo para que no fumen ante los pacientes
 - pedir que no se fume en la sala de espera,
 - no aceptar regalos relacionados con el tabaco, explicando con amabilidad el porqué de esta actitud,
 - Difundir materiales informativos y de sensibilización (carteles, folletos, vídeos, *pins*, etc.),
 - asegurar que alguien del equipo se encargue de reponer materiales informativos y de soporte para los pacientes.
2. Consejo y ayuda a los pacientes fumadores, que veremos a continuación.
3. Ejercicio colectivo de su influencia para sensibilizar a la sociedad y a los gobiernos. En todos los países en los cuales los médicos han desempeñado estas tres funciones clave, la sociedad se ha mostrado enormemente sensible a su actitud enérgica y decidida respecto al problema del tabaquismo, apoyada en la credibilidad social de este colectivo profesional respecto a los problemas que afectan a la salud.

Imagen 2G: Actitud médica.

3. Apoyo a fumadores para dejara de fumar.

Texto Guión: La oferta de consejo médico para dejar de fumar a todos los pacientes fumadores sigue siendo relativamente baja en España, especialmente en los pacientes que no presentan síntomas relacionados con el tabaquismo o que no plantean directamente el problema de dejar de fumar. Una encuesta del INSALUD de 1996 muestra que los médicos de Atención Primaria realizan con más frecuencia el registro del consumo de tabaco (86%) y aconsejan a sus pacientes dejar de fumar (52%).

Se estima que un 75% de la población acude a la consulta médica, al menos una vez al año. Esto ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a aquellos que han decidido intentarlo.

Existen varios niveles de intervención posibles adaptados al proceso y características de cada fumador. Una intervención mínima consistente en preguntar a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico, registrar esta información en la historia, aconsejar de forma clara y rotunda la conveniencia de abandonar el hábito ahora y ofrecer un folleto de auto-ayuda y apoyo para dejarlo, ha comprobado ser altamente efectiva. Se ha estimado que si cada médico general realizara un breve consejo sistemático protocolizado en las consultas de Atención Primaria se podría conseguir la cesación en un 5% de los fumadores al año. Esto significa que aproximadamente 500.000 fumadores podrían dejar de fumar en España. Otros estudios realizados en nuestro país muestran que tras tres años de intervención hasta un 18% de pacientes consigue dejar de fumar.

Imagen 3G: Apoyo para dejar de fumar.

4. La intervención de apoyo a pacientes fumadores es eficaz

Texto guión: El consejo médico sistemático para dejara de fumar está considerado como una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas. Esta intervención implica:

1. Preguntar y registrar en la historia de cada paciente si fuma o no, y en caso afirmativo, desde cuando fuma y que cantidad consume.

2. Recomendar a todos los pacientes fumadores que dejen el consumo de tabaco, utilizando un lenguaje serio, conciso y lo más personalizado posible.
3. Insistir en los beneficios de dejar el tabaco: reducción inmediata de riesgos y mejora de la calidad de vida.
4. Orientar sobre cómo dejarlo: escribir motivos, fijar fecha, buscar apoyo de personas cercanas, cambiar la rutina diaria y ayudarle a encontrar formas propias de superar la dificultad de los primeros días sin fumar.
5. Ofrecer visitas de seguimiento: es recomendable citarle en el plazo aproximado de un mes, desde la fecha en la que se haya propuesto dejar de fumar. En cada una de las siguientes visitas hay que mantener el apoyo.

Así mismo, y como complemento del apoyo profesional, el uso apropiado de terapias farmacológicas sustitutivas de nicotina (parches, chicles) en fumadores que lo precisen por su mayor grado de dependencia se ha demostrado muy eficaz, incrementando las tasas de cesación y mantenimiento de la abstinencia. En la prescripción de estos fármacos debe tenerse en cuenta:

- Utilizar el fármaco más adecuado según el tipo de fumador y su receptividad al producto.
- Avisar de que el fármaco elegido no es un remedio mágico y no hará, por sí solo, que la persona deje de fumar.
- Explicar que el aporte alternativo de nicotina ayuda a reducir la necesidad compulsiva de fumar que se presenta durante las primeras semanas de dejarlo.
- Enfatizar que hay que utilizar el producto en lugar del cigarrillo, no “además de”, con la finalidad de fumar menos.
- Informar de que estos productos están indicados para los tres primeros meses desde que se deja de fumar y que su supresión no suele presentar dificultades de “adicción al fármaco”.
- Si el fármaco no se utiliza de acuerdo con estas recomendaciones y en combinación con visitas de seguimiento, su efectividad puede disminuir.

El impacto de esta intervención en la mejora de la salud y calidad de vida de todos los pacientes es muy elevado, y supera de forma importante el impacto de otras intervenciones como la del control del colesterol o de la hipertensión, especialmente para pacientes de alto riesgo, pero la no existencia de riesgo no justifica el que no se realice una intervención de

apoyo para dejar de fumar, de forma sistemática para todas las personas que fuman.

Se han detectado necesidades de formación y capacitación específica de los profesionales sanitarios para el manejo adecuado de los instrumentos de intervención disponibles. Existen excelentes guías para proporcionar adecuado consejo médico, así como guías prácticas y manuales de autoayuda para dejar de fumar editadas en España.

Imagen 4G: Meses de vida ganados en hombres de alto riesgo controlando factores de riesgo..

5. Cumplimiento y apoyo de la normativa sobre consumo de tabaco en centros sanitarios.

Texto guión: El grado de conocimiento, apoyo y adhesión a la legislación y normativa vigente en materia de tabaquismo es relativamente elevada entre los profesionales sanitarios. Sin embargo, aún se detectan porcentajes preocupantes de médicos que fuman delante de sus pacientes, aunque muy variables según especialidad y ámbito laboral (2-17%), o que permiten fumar en las salas de espera de las consultas (15%). El propio hábito de consumo del médico es el mayor determinante de su comportamiento y permisividad respecto al uso de tabaco en los centros sanitarios.

En la mayoría de los países desarrollados se ha aplicado legislación que limita la venta y el uso de productos del tabaco en los centros sanitarios. El desarrollo de esta legislación y la vigilancia de esta normativa en España es responsabilidad de las autoridades sanitarias y órganos de gestión de los propios centros. El apoyo de los propios profesionales sanitarios para facilitar el cumplimiento de esta normativa resulta esencial. La iniciativa de los profesionales sanitarios para la elaboración y cumplimiento de planes específicos de control del tabaquismo en los centros sanitarios es la forma de garantizar la efectividad de las medidas adoptadas.

El papel ejemplar de los profesionales y de los centros sanitarios respecto al tabaquismo influye en otros sectores de la sociedad. La posición clara y rotunda de los profesionales sanitarios respecto a las oportunidades legislativas para el control del tabaquismo, manifestada de forma consistente y continuada en los medios profesionales, las revistas científicas y los medios de comunicación amplía el apoyo social a esta

legislación (restricción de uso de tabaco en lugares públicos, política de precios y prohibición de todo tipo de publicidad).

Imagen 5G: Entorno sanitario libre de tabaco.

H. ACCIONES EFICACES PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO

1. Proteger a los niños y adolescentes de las presiones a fumar.

Texto guía: Cada niño y adolescente tiene derecho a ser protegido de todo tipo de promoción directa, indirecta o subliminal de tabaco, así como a recibir toda la ayuda educativa y el apoyo necesarios para resistir a las presiones derivadas de los intereses de la industria tabaquera. En este marco, el objetivo de estas medidas de protección a la infancia es ayudar a que los niños y adolescentes sigan sin fumar y reducir la incorporación al consumo de nuevos fumadores, fundamentalmente adolescentes de ambos sexos.

En 1970 el Parlamento de Noruega decidió la aprobación de un programa integral de control del tabaquismo que incluía la prohibición total de todas las formas de promoción de productos de tabaco. La Ley Noruega sobre Tabaco entró en vigor en 1975. Las ventas combinadas de tabaco de liar y manufacturado descendieron de forma muy marcada desde el momento mismo de la aprobación de la Ley, hoy considerada una referencia mundial de actuación efectiva e integral.

Posteriormente, como muestra un estudio realizado por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), otros países –como Finlandia, Nueva Zelanda y Francia- han aplicado una legislación que prohíbe todo tipo de publicidad directa e indirecta, que junto al desarrollo de otras medidas de control del tabaco, han conseguido a largo plazo una disminución significativa de la prevalencia del tabaquismo.

La iniciativa legislativa europea ha establecido unos plazos concretos para la limitación de la publicidad directa y el patrocinio de eventos deportivos, que culminará el año 2006 con la prohibición de la publicidad directa, indirecta y el patrocinio, sin embargo, como ya se ha visto anteriormente, la industria tabaquera está desarrollando nuevas estrategias de promoción para escapar a la nueva legislación europea.

Además de la prohibición de la publicidad, otras medidas legislativas se ha demostrado necesarias y eficaces para disminuir la accesibilidad de niños y adolescentes al tabaco. Entre ellas, destacan:

- La limitación del acceso de los niños y adolescentes a los productos de tabaco comprende también la prohibición de las ventas a menores de 18 años y el seguimiento efectivo que controle la aplicación de esta ley.
- La limitación general de los puntos de venta de tabaco, incluida la disminución del número de máquinas expendedoras automáticas, así como el control de su ubicación indiscriminada.
- El incremento de los precios por encima de la inflación, ya que se ha observado de forma consistente que los menores son especialmente sensibles a las políticas de incremento de precios de los cigarrillos.
- El estricto cumplimiento de la legislación que prohíbe la venta y consumo de tabaco en centros educativos, de ocio y actividades de tiempo libre, u otros lugares donde se desarrollan actividades infantiles.

Estas políticas han demostrado reducir las tasas de iniciación en el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes, así como reducir el número de jóvenes que consolidan el consumo a largo plazo.

Ilustración 1H: Proteger a niños y adolescentes.

2. Proteger el derecho de todos los ciudadanos a un medio ambiente saludable y sin contaminación.

Texto guía: La Constitución Española garantiza no sólo el derecho de todos, hombres y mujeres, a elegir con libertad su estilo de vida, sino también el derecho a la salud, y a que se establezcan las condiciones necesarias para aumentar la calidad de vida de los ciudadanos y respetar el entorno medioambiental.

El reconocimiento científico y social de los graves efectos adversos de la exposición continuada al Aire Contaminado por Humo de Tabaco (AHT), carcinógeno para los humanos y principal fuente de contaminación ambiental en lugares cerrados, ha sido el principal impulsor de la intervención de la Administración en la restricción del uso de tabaco en lugares públicos.

En España, el 65% de los ciudadanos no fuma, dos de cada tres fumadores desearían dejar de fumar y el 80% de la población apoya la introducción de limitaciones en la comercialización y uso del tabaco. En este marco, el respeto a los derechos constitucionales relacionados con la salud pasa por la regulación del uso del tabaco en los lugares públicos. En nuestro país está regulado el uso de tabaco en centros sanitarios, docentes, recreativos y deportivos, en establecimientos de procesamiento de alimentos, en dependencias de la Administración con atención al público, en zonas laborales donde trabajen embarazadas, en medios laborales donde existan otros riesgos ambientales, en medios de transporte público, incluidos los vuelos nacionales. Como norma general, nuestra legislación contempla que, en caso de conflicto, el derecho de los ciudadanos a respirar un aire libre de humo de tabaco debe ser preservado y prevalecer siempre por encima del derecho a fumar.

Sin embargo, a pesar de la legislación vigente, una importante proporción de la población se ve obligada innecesariamente a respirar diariamente aire contaminado por el humo de tabaco en sus centros de trabajo, bares y restaurantes y lugares de ocio.

Imagen 2H: La ley como instrumento de protección ciudadana.

3. Respetar el derecho de todos los ciudadanos a ser informados de forma veraz y no sesgada por intereses económicos ajenos.

Texto guía: La Constitución Española garantiza no sólo el derecho de todos los hombres y mujeres de nuestro país a elegir con libertad su estilo de vida, sino también el derecho a una información veraz y no sesgada por intereses económicos ajenos.

La opinión pública española precisa de instrumentos capaces de establecer una clara distinción entre el discurso de comunicación y promoción adoptados por la industria del tabaco en defensa de sus intereses económicos y el discurso de los profesionales sanitarios, los científicos, la sociedad, sus representantes políticos y su Administración.

Llama la atención que en un contexto donde la sociedad ha conseguido importantes progresos sobre regulación y control de los contenidos de los productos de consumo, especialmente en el área de alimentación, un producto letal como el tabaco pueda seguir siendo distribuido libremente

sin ofrecer información a los consumidores sobre sus características y componentes tóxicos esenciales (más de 40 carcinógenos). La exigencia de una información más precisa ha llevado a establecer políticas de etiquetado con información clara sobre los riesgos más graves de su consumo. Algunas propuestas sobre cajetillas genéricas pretenden limitar las estrategias de la industria para aumentar el impacto de las marcas y minimizar las advertencias sanitarias y la información a los consumidores mediante atractivos diseños de marca.

Las medidas comunitarias de información y sensibilización social sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco disminuyen la aceptación social y la tolerancia al tabaquismo, limitan la iniciación al consumo y facilitan la cesación. Sin embargo, estas acciones de información deben formar parte de una política integral de intervención sobre el tabaquismo.

El desarrollo de programas comunitarios de educación y otros específicos del ámbito escolar han demostrado que se puede retrasar y reducir la edad de inicio en el consumo de tabaco y otras drogas. Es necesario desarrollar intervenciones específicas de información, educación y apoyo a colectivos especialmente vulnerables a la presión de la industria del tabaco (niños y adolescentes, mujeres jóvenes y grupos socioeconómicos desfavorecidos).

Imagen 3H: Derecho a una información veraz y no sesgada.

4. Responder al derecho de las personas que quieren dejar de fumar a recibir apoyo eficaz para conseguirlo.

Texto guía: Muchos fumadores han logrado dejar de fumar en los últimos años en España, especialmente hombres de edad media. Sin embargo, dos de cada tres fumadores está en la fase de *contemplación* -dentro del proceso para dejar de fumar- o ha decidido ya intentar dejar el tabaco en una o más ocasiones. No todos los fumadores se hallan en la misma etapa del proceso, ni todos tienen el mismo grado de dependencia, por ello las ofertas de apoyo son múltiples y deben dirigirse de forma adecuada a atender las necesidades de cada persona que quiere abandonar el consumo de tabaco.

Entre las distintas opciones de apoyo a las personas que quieren dejar de fumar, existen iniciativas comunitarias que, de forma general, alientan e incentivan el abandono del consumo de tabaco (Día Mundial sin Tabaco), programas dirigidos a una amplia audiencia a través de los medios de

comunicación y programas de apoyo mínimo a fumadores que quieren dejar de fumar desde centros sanitarios, educativos, lugares de trabajo, han demostrado tener un destacado impacto social, facilitando el abandono del tabaco sobre todo en los fumadores menos dependientes.

En los centros sanitarios, el registro de la conducta de fumar y el consejo sistemático para el abandono del tabaco debe generalizarse. Todos los fumadores que lo precisen deben tener acceso al apoyo mínimo del sistema sanitario y a programas y manuales de auto-ayuda. Es necesario extender la intervención desde la atención sanitaria para facilitar que todos los fumadores puedan recibir apoyo para dejar el consumo de tabaco, adaptado a sus necesidades (características de la dependencia, edad, sexo, etc.).

Los fumadores con alta dependencia y serios problemas de salud constituyen un grupo de alto riesgo que precisa recursos de apoyo y un nivel de intervención más intenso y especializado que incluye el uso de tratamientos farmacológicos sustitutivos de nicotina, y terapia específica de apoyo conductual. Para los fumadores muy dependientes, estas intervenciones resultan especialmente coste-efectivas.

Es necesario dotar de los recursos necesarios a los profesionales sanitarios para que puedan responder adecuadamente a la demanda creciente de tratamiento. Esto incluye promover la formación continuada de dichos profesionales que les capacite en el uso de los procedimientos más eficaces, así como la creación de nuevos recursos para el tratamiento especializado de fumadores con alta dependencia o con graves problemas de salud, que no han logrado dejar de fumar con intervenciones más generales.

Imagen 4H: Ofrecer apoyo a las personas que fuman.

#

BIBLIOGRAFÍA

#

Académie Nationale de Médecine (1997). *Tabagisme passif*. Ligue Nationale contre le Cancer. Paris.

Battle, E.; Boixet, M.; agudo, J.; Almirall, J.; Salvador, T. (1991). Tobacco prevention in hospitals: long-term follow-up of a smoking control programme. *British Journal of Addiction*. 86(6): 709-717.

Becoña, E.; Palomares, A.; García, M.P. (1994). *Prevención y tratamiento del tabaquismo*. Pirámide. Madrid.

Becoña Iglesias, E. (1995). *Programa para dejar de fumar*. Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.

Becoña, E.; Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Dykinson. Madrid.

Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (1997). *Impacto de la inhalación involuntaria de aire contaminado por humo de tabaco: situación en España*. Madrid.

Comité de Expertos de la OMS (1974). *Consecuencias del tabaco para la Salud*. Serie de informes técnicos, nº 568. OMS. Ginebra.

Comité de Expertos de la OMS (1979). *Lucha contra el tabaquismo epidémico*. Serie de informes técnicos, nº 636. OMS. Ginebra.

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (1998). *Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España*. Glosa Ediciones. Barcelona.

Córdoba, R.; Delgado, M.T.; Botaya, M.; Barberá, C.; Lacarta, C.; Sanz, C. (1995). *Protocolo de tabaco en Atención primaria*. FMC. Doyma. Barcelona.

Chapman, S.; Aitkin, P. (1988). *Promoviendo el tabaco. Publicidad y promoción del tabaco*. OMS, Comisión Europea & British Medical Association. Madrid.

- Chollat-Traquet, C. (1993). *La mujer y el tabaco*. OMS. Ginebra.
- Department of Health (1994). *The importance of price in reducing tobacco consumption*. UK Department of Health. London.
- Deppartament de Sanitat y Seguretat Social (1996). *Manifiesto de expertos sobre el fumador pasivo y la publicidad de las compañías tabaqueras*. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- European Network for Smoking Prevention (1999). *La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Informe Europeo*. Bruselas.
- González Enriquez, J.; Rodríguez Artalejo, F.; Martín Moreno, J.M.; Banegas Banegas, J.R.; Villar Alvarez, F. (1989). Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin (Bcn)*. 92:15-18.
- González Enriquez, J.; Rodríguez Artalejo, F.; Banegas Banegas, J.R.; Villar Alvarez, F. (1989). Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. Corrección y actualización de datos. *Med Clin(Bcn)*. 93:79.
- González Enriquez, J.; Salvador Llivina, T. (1996). Profesionales de la salud y tabaco: avances en España. *Gaceta sanitaria*. 52 (10): 1-3.
- González Enriquez, J.; Villar Alvarez, F.; Banegas Banegas, J.R.; Rodríguez Artalejo, F. y Martín Moreno, J.M. (1997). Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Bcn)*. 109:577-582.
- Health Education Authority (1994). *Tobacco taxes in the European Union*. Health Education Authority & International Union Against Cancer. London.
- Joosens, L.; Naett, C.; Howie, C. (1992). *Taxes on Tobacco Products, a Health Issue*. European Bureau for Action on Smoking and Health. Brussels.
- Joossens, L.; Sasco, A.; Salvador, T.; Villalbí, J.R. (1999). Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Rev. Española de salud Pública*. 73 (1): 3-11.
- Junta de Castilla y León (1992). *Plan Sectorial de prevención y control del tabaquismo*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Valladolid.

- Lopez, A.D.; Collishaw, N.E.; Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 3: 242-247.
- López, J.; Hernandez, J. (1990). *Una historia del Tabaco en España*. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Madrid.
- Marsh, A. (1988). *Una brasa que se extingue*. OMS, Comisión Europea & British Medical Association. Madrid.
- Martínez Llamas, A. (1989). *Patología del consumo de tabaco*. Glosa. Barcelona.
- Nebot, M. (1996). El consejo médico en atención primaria. *Actas de las XXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Editorial Deputación Provincial. A Coruña. (pp.: 417-427).
- Nutbean, D.; Mendoza, R. (1988). *Planificación de una generación sin tabaco*. OMS, Comisión Europea & British Medical Association. Madrid.
- Oficina Regional Europea de la OMS (1992). *Se puede lograr una Europa libre de tabaco*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Pardell Alenta, H.; Salleras Sanmartí, Ll.; Salvador Llivina, T. (1983). *Informe. El tabaquisme a Catalunya*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- Pardell Alenta, H.; Salleras Sanmartí, Ll.; Salvador Livina, T. (1982). *Manual de prevención y control del tabaquismo*. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- Pardell Alenta, H.; Saltó, E.; Sallersas, LL. (1996). *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Médica Panamericana. Madrid.
- Parroptt, S.; Godfrey, C.; Raw, M; West,R.; McNeill, A. (1998). Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax*. 53(suppl. 5, part II): s1-s38.
- Prochaska, J.O.; Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.51: 390-395.

Raw, M. (1988). *Como ayudar a los fumadores a dejar el tabaco*. OMS, Comisión Europea & British Medical Association. Madrid.

Raw, M.; White, P.; McNeill, A. (1990). *Clearing the Air. A guide for action on Tobacco*. British Medical Association, World Health Organization & European Commission. London.

Raw, M.; McNeill, A.; West, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax*. 53(suppl. 5, part I): s1-s19.

Roemer, R. (1995). *Acción legislativa contra la epidemia mundial del tabaco*. OMS. Ginebra.

Roemer, R. (1988). *Estrategias legislativas para una Europa sin tabaco*. OMS, Comisión Europea & British Medical Association. Madrid.

Rusell, M.A.H.; Wilson, C.; Taylor, C.; Baker, C. (1979). Effect of general practitioner advise against smoking. *Br Med J*. 2: 231-235.

Salvador Llivina, T. Función de los profesionales de la salud en la reducción de la actual prevalencia del tabaquismo en España. (1986). *Comunidad y Drogas*. 29: 269-276.

Salvador Llivina, T.; Marín Tuyà, D.; González Quintana, J.; Iniesta Torres, C.; Castellví Barrera; E.; Muriana Sáez, C.; Agustí Vidal, A. (1988). Tratamiento del tabaquismo. Eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. *Med Clin(Bcn)*. 90 (16): 646-650.

Salvador, T. (1990). *Guía práctica para dejar de fumar*. Ministerio de sanidad y Consumo. Madrid.

Salvador, T (1995). El proceso de dejar de fumar y tipos de fumadores. *Actas de las XXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Editorial Deputación Provincial. A Coruña. (pp.: 417-427).

Salvador, T. (1996). *Tabaquismo*. Aguilar. Madrid.

Towsend, J. (1988). *El precio del tabaco y la epidemia del tabaquismo*. OMS, Comisión Europea & British Medical Association. Madrid.

UN Focal Point on Tobacco or Health (1998). *Social and economic aspects of reduction of tobacco smoking by use of alternative nicotine delivery systems (ANDS)*. United Nations. Geneva.

Villalbí, J.R.; Ballestín, M. (1994). Developing smoking control policies in schools. *Health Promotion International*. 9: 99-104.

Villalbí, J.R. (1995). Tabaquismo. En Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ (Eds). *La salud y el sistema sanitario en España*. SESOAS y SG Editores. Barcelona; 83-89.

#