

CAPÍTULO 1

HISTORIA DEL TABAQUISMO. EPIDEMIOLOGÍA. MORBIMORTALIDAD. EL PROCESO DEL CONSUMO DE TABACO.

1. HISTORIA DEL TABAQUISMO

La historia del tabaco se constituye como una historia llena de diversos planteamientos y de polémica. Son controvertidos el nombre y sus primeros pasos. El tabaco podía utilizarse como planta medicinal o sería una planta deleznable. Es muy interesante la transformación que sufre desde el consumo en el Nuevo Continente, hasta la producción industrial y manufacturada. Y por supuesto, llena de polémica en el tiempo actual, en cuanto a su utilización como droga, a su implicación como problema grave de salud pública que ocasiona el consumo de tabaco, y sin embargo fuente importante de ingresos para la industria tabaquera, para los Estados, mediante los impuestos que se generan, y por último la controversia que suscita el que todavía existan subvenciones para el cultivo del tabaco. En definitiva un asunto muy apasionante, pero con unos datos muy preocupantes en cuanto a morbilidad, que sin lugar a dudas confirman que nos encontramos con una epidemia arraigada en nuestro mundo, ya del siglo XXI, donde nosotros como profesionales sanitarios, debemos realizar con gran empeño nuestras funciones, médica, educadora, social y terapéutica. Y convencer a nuestra población, científicamente, pero de una forma entendible, que fumar ya no es un signo de modernidad, que no es un placer sensual. Y explicar ante todo las ventajas que supone el dejar de fumar, y que mediante la promoción de la salud y de la prevención, nuestros niños, adolescentes y jóvenes no se inicien en el consumo del tabaco.

El tabaco es una planta originaria de América, etimológicamente de origen incierto. Se puede aceptar que viene de la palabra “*tubaco*”, que significa pipa indígena,

El tabaco o *Nicotiana tabacum*, es una de las 40 especies que tiene el género nicotiana. Ésta a su vez tiene cuatro variedades: Brasilensis, Havanensis, Virgínica y Purpúrea. De cada una de estas variedades, así como del modo del cultivo, forma de curado y de fermentación y, del proceso industrial de fabricación, dependen los diferentes tipos de tabaco que se comercializan.

El tabaco es una planta solanácea que crece en ambientes húmedos a temperaturas que oscilan entre los 18° C a 22° C. La nicotina se puede encontrar en toda la planta del tabaco, pero su mayor concentración se dispone en las hojas superiores.

La llegada del tabaco al Viejo Mundo se debe a dos hombres de mediados del siglo XVI, uno español, D. Francisco Hernández Boncalo, de Toledo, quien trajo las primeras semillas de tabaco que llegaron a Europa, y el otro, un inglés, Sir Walter Raleigh, que importó grandes cantidades de tabaco desde tierras de Norteamérica hasta Europa.. Hernández Boncalo sembró por primera vez tabaco en unas tierras situadas en los alrededores de Toledo, denominadas cigarrales, porque solían ser invadidas por plagas de cigarras. Por este motivo algunos historiadores piensan que el nombre de cigarro tal vez provenga de que fue en los cigarrales de Toledo, donde por primera vez el tabaco vio la luz en el Viejo Mundo.

La evolución histórica del tabaquismo se puede resumir en cuatro períodos:

1.1. Primer período.

Que se desarrolla desde mediados del siglo XVI y dura hasta el siglo XVIII. Por un lado, el tabaco se consideraba como una planta medicinal, de cualidades curativas, como remedio frente al asma o en el tratamiento de las cefaleas. Pero por otro lado el tabaco se consideró como una planta deleznable, e incluso su uso fue rechazado por papas y políticos de la época. En este sentido el Papa Urbano VIII dictó excomunión para los que consumían tabaco en las Iglesias.

El floreciente comercio del tabaco fue utilizado por los gobiernos como una importante fuente de ingresos. España e Inglaterra en 1611 introdujeron los impuestos por tabaco. Pocos años después se implantaba en España el monopolio estatal, el 28 de diciembre de 1636, se aprobaba una real cédula por la que se arrendaba el Estanco del Tabaco a don Antonio Soria, el antecedente más precoz de la instauración del monopolio. Las rentas de dicho monopolio se destinaban a obras públicas, se financiaron obras para la construcción de la Biblioteca Nacional, y para la publicación del primer Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, en 1723.

A principios del siglo XVII se estimaba que existían alrededor de 7.000 estancos y otros locales en los que se podía conseguir tabaco en la zona de Londres. El fumar tabaco se había convertido en un hábito en la sociedad inglesa. En la ciudad de Worcester los niños iban al colegio con una pipa en su alforja. "Incluso los niños estaban obligados a fumar cada mañana"

1.2. Segundo período.

Transcurre en el siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX. Durante este período el tabaco se consume con fines placenteros y sociales. Aparecen dos formas de consumo del tabaco, el rapé y el cigarro puro. El rapé se hacía mediante tabaco muy triturado mezclado con esencia de clavo o polvo de almendras y que se esnifaba a través de las fosas nasales. Los rapés se clasificaban según su grano o veta: fino (grano fino), semigrueso (grano medio) y grueso

(grano burdo). Los distintos nombres bajo los que la gran diversidad de marcas de rapé salían al mercado (Viejo París, Cuba, y Dieppe Bergamotte Perfumado) serían un avance de lo que daría lugar a las marcas de puros y de cigarrillos. En realidad los envoltorios en los que se empaquetaban los rapés sería el preludio de los anuncios de tabaco.

A mediados del siglo XVIII se describe el tabaco como un narcótico semejante al opio, y se advertía que el uso del rapé podía hacer perder el sentido del olfato, provocar adicción, tumores nasales y cáncer. Sin embargo a pesar de estas advertencias se utilizaba una forma de rapé denominado sabillia española, para el tratamiento del dolor de muelas.

Es aproximadamente en el año 1830 cuando aparece lo que sería el preludio de los primeros trabajos que trataban las consecuencias negativas del tabaco para la salud humana. Eran trabajos a medio camino entre el afán moralizador de aquella época y la evidencia científica.

1.3. Tercer período.

Es el ingeniero James Bonsack en 1881, el inventor de la máquina de hacer cigarrillos, lo que supondría sin lugar a dudas más adelante la producción industrial de los cigarrillos, y su distribución en todo el mundo, principalmente a los países con un mayor nivel económico y los más desarrollados.

En el siglo XIX aparece el tabaco rubio, es una clase de tabaco más suave, porque el cultivo y el secado son distintos

Todavía en este período el consumo de cigarrillos se considera como una costumbre o como un hábito.

1.4. Cuarto período.

Comienza verdaderamente la publicidad del tabaco, y se disparan la producción, la venta y el consumo de tabaco.

Influye de una manera decisiva en el consumo los modelos de actores cinematográficos a imitar, y las dos guerras mundiales. En este sentido a los soldados en las trincheras se les ofrecía chocolate y tabaco para que se relajaran. Aparece en la cajetilla de tabaco el emblema de la Cruz Roja Internacional

En España durante la guerra civil española también aumenta el consumo de tabaco

En pleno siglo XX, hacia la mitad de este siglo, es cuando proliferan los trabajos científicos, y se demuestra que el consumo del tabaco no es un hábito sino una adicción, y que la droga responsable de esta adicción es la nicotina. En el año 1954 se publica un trabajo de Doll y Hill, en el que se explica que está aumentando el cáncer de pulmón por el consumo del tabaco. En el año 1964 aparece el informe del Cirujano General de Estados Unidos, donde se explica las consecuencias sobre la salud por consumo de tabaco Por lo tanto en el momento

actual constituye un grave problema de salud pública, y sin embargo es la primera causa prevenible de morbilidad y de mortalidad en los países desarrollados.

Digno de mención, es un nuevo fenómeno que se empieza a estudiar en el último cuarto del siglo XX, el Tabaquismo Pasivo. En el año 1970 el Comité de Expertos de la O.M.S. redacta un informe sobre las consecuencias del humo del tabaco en no fumadores, y en el año 1972 aparece otro informe del Cirujano General de los Estados Unidos.

Cuando se consume un cigarrillo se producen dos tipos de corrientes, la corriente principal, constituida por el humo que alcanza los pulmones del fumador, después de una calada, y la corriente secundaria, constituida por el humo que se desprende del cono de ignición del cigarrillo, y el que se escapa a través de los poros del papel y del filtro. En este sentido se define el tabaquismo pasivo como la exposición de los no fumadores al aire contaminado por el humo del tabaco (ACTH). Se ha comprobado la relación entre exposición al ACTH y enfermedades en el no fumador, cáncer, patología respiratoria, patología cardiovascular, etc.

2. EPIDEMIOLOGÍA Y CONSUMO DEL TABACO

2.1. Introducción

La epidemiología es la ciencia que investiga las causas y la naturaleza de las epidemias. En cuanto a la naturaleza de la epidemia del tabaquismo, se puede decir que reúne las características de una pandemia, ya que es una enfermedad que afecta a muchos individuos de muchos pueblos, pues uno de cada tres adultos en el mundo fuma, es decir 1100 millones de personas. Alrededor del 80% viven en los países de ingreso medio y bajo. Se prevé que por el crecimiento de la población adulta y por el aumento del consumo, la cantidad de fumadores en el año 2025 sea de 1.600 millones.

La reducción en el consumo de tabaco es la medida de salud pública más importante que pueden adoptar los países, con repercusiones positivas tanto para la salud como para la economía.

La directora general de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, en el mensaje del Día Mundial sin Tabaco, de fecha 31 de mayo de 2000, dijo:

“El tabaco es una enfermedad que se transmite a través de la publicidad y las campañas promocionales a las que la industria del tabaco consagra miles de millones de dólares”...

...“Todos los días 100.000 niños del mundo comienzan a fumar, 11.000 hombres y mujeres mueren por una enfermedad relacionada con el tabaco. Nos enfrentamos al riesgo de que en el año 2030, el número de muertes alcanzará los 10 millones al año, acaeciendo el 70% de ellas en países en vías de desarrollo”.

2.2. Indicadores epidemiológicos en España.

La fuente oficial disponible para consultar los indicadores epidemiológicos de consumo de tabaco en España es la última Encuesta Nacional de Salud de España del año 1997¹. En ella con una muestra de 6599 personas en la población de 16 años y más, y a las preguntas de si fuma diariamente, y si fuma, pero no diariamente, la proporción de fumadores es del 35.7%, con una gran diferencia entre hombres y mujeres (44.8% y 27.2% respectivamente). Desmenuzando estos datos y comparando con las cifras que se aportan en las Encuestas Nacionales de Salud Pública de España² (ENS) de los años 1987, 1993, 1995 Y 1997 (tabla 1), se observa el siguiente fenómeno: La proporción de fumadores ha ido descendiendo paulatinamente desde 1987 a 1997, pasando del 38.1% al 35.7%, y los exfumadores del 12% al 15%. En cuanto al sexo, los hombres fuman menos en el año 1997 (44.8%), que en el año 1987 (54.7 %). Sin embargo se debe destacar que las mujeres siguen una tendencia progresiva en ascenso. De esta forma en el año 1987 fumaban el 22.9%, mientras que en el año 1997 fuman el 27.2%.

Se puede avanzar en relación a datos epidemiológicos en España, y ofrecer los indicadores de la Encuesta Nacional de Salud de España 2001, que se presentaron por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el mes de mayo 2002, y que aunque no son datos publicados nos sirven para ver la trayectoria del consumo de tabaco en relación a encuestas anteriores. Ver tabla 2 (fuente del Ministerio de Sanidad y Consumo).

Se aprecia comparando las dos últimas encuestas de los años 1997 y 2001, que se ha descendido un punto aproximadamente en la prevalencia del consumo de tabaco, es decir del 35,7% de 1997 al 34,4% en 2001.

Otro dato muy interesante que se debe destacar es la prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes, según sexo y grupos de edad, en población de 16 y más años (tabla 3, ENS 1987 y 1997).

En el año 1987, los hombres fumaban más que las mujeres en todos los grupos de edad, sin embargo en los datos del año 1997, en el grupo de edad de 16 a 24 años ya fuman más las mujeres, y en el siguiente grupo de edad de 25 a 44 años se han acortado las distancias.

Estos datos son muy preocupantes, pues hace esperar en un futuro no muy lejano un aumento de la patología en las mujeres fumadoras, como son los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades del aparato respiratorio, fundamentalmente la obstrucción crónica de las vías aéreas, y los tumores pulmonares. Al hilo de este comentario no se puede olvidar que ya en EEUU, el cáncer de pulmón en la mujer, ha superado al cáncer de mama.

En la ENS de 1997, cuando se preguntó a qué edad comenzó a fumar, entre los que fuman a diario, en una muestra de 2057, la respuesta fue a los 17,21 años de media. Este dato es muy importante, pues el contacto con el primer cigarrillo en España se realiza a edades muy tempranas, entre los 11 y 13 años. Por este motivo, es fundamental la prevención y la educación para la salud en niños y adolescentes.

En relación a lo anterior, se puede ver en la tabla 4 (ENS 1997), la edad de inicio del consumo de tabaco en fumadores diarios de cigarrillos, por género.

De los datos anteriores se extrae una conclusión muy importante, y es que cerca del 80% de los fumadores se iniciaron en el consumo de tabaco antes de los 18 años. Esto significa que en esas edades de la vida, niños y adolescentes, no tienen una suficiente formación e información sobre el tabaquismo, y además, tampoco tienen riesgo percibido de enfermedad. No entenderán que si siguen fumando dentro de 20 ó 30 años van a ser candidatos a padecer un cáncer de pulmón ó un infarto de miocardio. Y en contrapartida, la nicotina en un elevado porcentaje de estos jóvenes será la responsable de que permanezcan adictos a esta droga, en muchos casos para el resto de sus vidas. De aquí la importancia de desarrollar programas de prevención en las escuelas, institutos y dentro de la familia para impedir el inicio del consumo de tabaco, o por lo menos retrasar la edad de inicio en dicho consumo.

Un dato interesante es ver la evolución del número medio de cigarrillos consumidos por habitante y año, según tipo de cigarrillo, 1960-1997, en fumadores de 15 y más años (tabla 5: Tabacalera, Ministerio de Sanidad y Consumo, INE, modificada³).

En 1960 con un promedio de 1516 cigarrillos fumados, destacaba que 1442 eran de tabaco negro, y 75 de tabaco rubio. En 1985, fumados 2684 cigarrillos, 1503 de tabaco negro y 1182 de tabaco rubio. En 1997, fumados 2.361 cigarrillos, 735 de tabaco negro y 1626 de tabaco rubio. Es decir, que se ve la evolución a lo largo de los años a favor de fumar tabaco rubio.

Epidemiología del tabaquismo en las Comunidades Autónomas (CCAA)

Se va a comparar el porcentaje de población fumadora de más de 16 años, por CC.AA., entre los años 1987 y 1997, (tabla 6, Ministerio de Sanidad y Consumo. Epidemiología, Promoción y educación para la salud).

Se puede comprobar que la evolución de la prevalencia de fumadores en las Comunidades Autónomas tiende a disminuir, aunque en tres comunidades permanece estable: Baleares, Galicia, y Murcia. Y hay que resaltar un dato preocupante, en la Comunidad de Cantabria ha aumentado un punto, del 41% al 42%.

2.3. Indicadores epidemiológicos en Europa.

Los productos manufacturados del tabaco proporcionan dosis reguladas de una droga adictiva, la nicotina. Los productos del tabaco son la droga más utilizada en la Región Europea de la OMS⁴. Más del 30% de los adultos fuman regularmente a diario. Las tasas de prevalencia de fumadores son considerablemente mayores entre la población masculina de la zona este de la Región que en la zona Oeste. En la zona noroeste de la Región, las tasas de prevalencia de fumadores son similares entre hombres y mujeres, mientras que las zonas sur y este de la Región, las tasas de prevalencia de fumadores son considerablemente más bajas en mujeres que en hombres.

Un dato muy interesante es el de la proporción de fumadores de cigarrillos *light* en la Unión Europea según el país, la edad y el sexo, en 1995 (tabla 7). La industria tabaquera incide en las mujeres para que se incorporen al consumo de tabaco, ofreciendo un tabaco especial para ellas, el tabaco *light*, el tabaco para las mujeres independientes, con menos nicotina.

La prevalencia de consumo de cigarrillos *light* es baja en los grupos de edad más jóvenes, y aumenta en los de más edad. Esto indica que en el inicio del consumo de tabaco el cigarrillo *light* es menos importante, pero sí es relevante para la persona que quiere dejar de fumar.

En la Unión Europea, el porcentaje de fumadoras de tabaco *light* en el grupo de edad de 15 a 24 años es del 36%, mientras que en el grupo de edad de 45 a 64 años es del 60%. En cuanto a fumadores de tabaco *light*, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de edad de más de 65 años, con un 46%.

En los países de la Unión Europea (UE), desde 1987 a 1994 se produce una disminución del consumo de tabaco (figura 1: Comisión de las Comunidades Europeas). La reducción se produce más en los hombres que en las mujeres.

De esta forma en 1987 el 37% de la población europea era fumadora, en 1998 lo era el 36%, y en 1994 fumaba el 34% de la población

Si se analiza la prevalencia de consumo de tabaco en hombres y mujeres de los países de la UE, (figura 2, Perfiles sobre tabaco en la UE 1996), se puede observar que hay países en los que la proporción de personas fumadoras es similar (Reino Unido, Irlanda, Suecia y Dinamarca). España y Grecia tienen la mayor proporción de hombres fumadores. En

Dinamarca y Países Bajos se encuentra la mayor proporción de mujeres fumadoras. Por último en Suecia es el país de la UE donde fuman más las mujeres que los hombres, 24% y 22% respectivamente

2.4. Indicadores epidemiológicos en el mundo.

En el mundo, uno de cada tres adultos fuma, es decir 1.100 millones de personas, alrededor del 80% viven en los países de ingreso medio y bajo. Se prevé que por el crecimiento de la población adulta y por el aumento del consumo, la cantidad de fumadores en el año 2025 sea de 1.600 millones⁵.

Un fenómeno muy interesante que se está produciendo es el aumento del consumo de tabaco en los países de ingreso bajo y medio (figura 3: OMS. Tabaco o salud, Ginebra, Suiza, 1997). En estos países el consumo *per cápita* ha experimentado un crecimiento constante desde 1970 a 1990. En este sentido hacia la mitad del siglo XX fumaban más del 55% de los hombres estadounidenses, y en 1995 fumaban el 28%. En total, el consumo *per cápita* de la población global de los países de ingreso alto descendió, si bien en los años noventa aumenta el consumo de tabaco en los adolescentes y las mujeres. Resumiendo, la epidemia del tabaquismo se está extendiendo desde su foco inicial, los hombres de los países de ingreso alto, a las mujeres de esos mismos países y a los hombres de los países con ingresos más bajos⁶.

Los datos sobre la cantidad de fumadores de cada región se reunieron por la OMS, a través de más de 80 estudios independientes, creando un informe. Éste sirvió para calcular la prevalencia del hábito tabáquico de fumar en cada uno de los siete grupos de países del Banco Mundial (tabla 8, cálculos basados en la OMS, Tabaco o salud, Ginebra, Suiza, 1997).

Existen grandes variaciones entre las regiones, especialmente en lo que se refiere a la prevalencia del hábito en las mujeres.

En Europa Oriental y Asia Central, el 59% de los hombres y el 26% de las mujeres fumaban en 1995, más que en cualquier otra región. Mientras que en Asia Oriental y en el Pacífico, fumaban el 59% de los hombres y sólo el 4% de las mujeres⁷.

2.5. Epidemiología del tabaquismo en los profesionales modélicos.

Este punto es fundamental en la construcción adecuada de un mundo sin humo del tabaco. Los profesionales de la salud y otros profesionales deben ejercer su trabajo actuando de modelos y de educadores frente al resto de la población, en cuanto al hábito de fumar tabaco.

Está demostrado que cuando disminuye la prevalencia del hábito tabáquico en los profesionales sanitarios, repercute en una disminución del consumo en la población general.

En España, la prevalencia del consumo de tabaco en médicos de Atención Primaria y en enfermeras es todavía muy elevada. Por lo tanto, construyamos la casa por los cimientos, y hagamos un esfuerzo muy importante en mentalizar a nuestros colegas de lo importante que es que dejemos de fumar, para actuar como verdaderos modelos de lo que es un estilo de vida saludable.

Es importante señalar que no sólo los médicos sino también otros grupos de profesionales asociados con el cuidado de la salud pueden tener la posibilidad de asistir a fumadores que desean dejar de fumar. Enfermeros, fisioterapeutas, dentistas, farmacéuticos, psicólogos, matronas, etc., son todos ellos valiosos en este trabajo. Y lo que es más importante, se desarrollarán equipos multidisciplinarios, en los que se trabajará en equipo, aunando todos los esfuerzos.

No se puede olvidar en esta introducción a unos profesionales que deben actuar especialmente como modelos, nos referimos a los maestros, que en colegios e institutos tienen la posibilidad de influir en sus alumnos no sólo en el consumo de tabaco, sino también en el consumo de otras drogas.

Un estudio epidemiológico muy interesante que se realizó en España, en 1998, fue el titulado, Prevalencia del Consumo de Tabaco en los Profesionales Sanitarios del Insalud⁸, desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública, y con la colaboración del Insalud, del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), y de las Comunidades Autónomas. La población de referencia utilizada para el Estudio es el conjunto de profesionales sanitarios que desarrollan su trabajo en centros sanitarios públicos dependientes del Insalud. Los estratos definidos son los siguientes: personal de enfermería (Atención Primaria y Atención Especializada), personal médico (Atención Primaria, Neumólogos, Cardiólogos, y Ginecólogos), resto de especialidades. A continuación se recogen algunos resultados del estudio mencionado anteriormente: el 38.9% de los sanitarios encuestados son fumadores (se incluyen los que fuman diariamente, 33%, y los que fuman no diariamente, 5.9%, el 28.3% son exfumadores, y el 32.7% son no fumadores). Figura 4.

Según el nivel profesional el 34,7% del personal médico y el 43,2% del personal de enfermería son fumadores (figura 5).

Dentro del personal médico, los médicos de Atención Primaria son los que más fuman, en comparación con el grupo de Ginecólogos-Cardiólogos-Neumólogos, y el grupo del resto de

especialidades. Hay que destacar una encuesta reciente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), publicada en la revista Prevención del tabaquismo (diciembre 2000), que revela que tan sólo consumen cigarrillos de forma habitual el 15.1% de sus miembros.

Adentrándonos en los datos del personal de enfermería, hay que destacar que fuman más los enfermeros de la Atención Especializada (44,8%), que los enfermeros de la Atención Primaria (40,8%). (Figura 7). Además fuman más las enfermeras que los enfermeros. En cualquier caso es un dato muy preocupante en un colectivo que está de forma cotidiana en contacto con los pacientes. Quizás se debería insistir en el pregrado y en el postgrado, en relación al consumo de tabaco y a los problemas que ocasiona en la salud de las personas. También resaltar la importancia de su actuación profesional como figuras modelo.

Como se mencionó en la introducción, un grupo modélico muy importante es el constituido por el de los maestros⁹. Sin lugar a dudas estos tienen una gran responsabilidad frente a sus alumnos, en escuelas, institutos, academias, etc. Son muchos los niños y jóvenes que tienen a su maestro como un modelo que imitar, incluso en ocasiones es tratado como un líder indiscutible. Por lo tanto y, aparte de enseñar sus asignaturas deben inculcar un estilo de vida saludable, y ser ellos mismos buen ejemplo ante sus discípulos (figura 6).

3. MORBIMORTALIDAD POR CONSUMO DE TABACO

El consumo de tabaco ocasiona un grave problema de Salud Pública, produciendo 3 millones de muertes en el mundo, 1.2 millones en la Región Europea de la OMS, el 14% de todos los fallecimientos, y 55000 muertes en España. Y sin embargo, es la primera causa prevenible de morbilidad y mortalidad prematura en los países desarrollados

Se puede afirmar que de cada cuatro fumadores habituales y que empezaron a fumar en la juventud, dos de ellos morirán como consecuencia del consumo del tabaco, y además, uno de ellos de forma prematura.

Existen pruebas acumuladas¹⁰, durante los últimos 50 años, de la asociación entre consumo de tabaco y exceso de riesgo de mortalidad por numerosas causas: cáncer (pulmón, boca, esófago, faringe, laringe, páncreas, cérvix, riñón, vejiga), enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, ictus), procesos respiratorios crónicos (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedad neonatal o incendio. La magnitud de estos efectos se ha infravalorado por el retraso entre el inicio del hábito y su pleno efecto, y el escaso reconocimiento de los múltiples y diferentes efectos que el tabaco puede originar. Se admite

que la exposición al tabaco necesita un tiempo de inducción de 5 a 10 años para producir su efecto. El 25% de las muertes debidas al consumo de tabaco se producen en las edades medias de la vida, lo cual puede suponer vivir 20 a 25 años menos de media que los no fumadores.

Cada diez segundos, una persona muere en el mundo como consecuencia del consumo de tabaco, y de no ponerse remedio esta situación empeorará. En este sentido dentro de 20 ó 30 años se producirán diez millones de muertes, acaeciendo el 70% de ellas en los países en desarrollo¹¹. Ver tablas 9 (OMS 1996) y 10 (Peto R, López A, et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford University Press, 1994).

Además, del cáncer de pulmón, fumar cigarrillos, causa otras enfermedades como la enfermedad obstructiva crónica, las enfermedades del corazón y del sistema circulatorio y otros cánceres en labios, lengua, laringe, faringe, etc. (Tabla 11: adaptado de Fiore y cols.1990¹²). Se han acumulado, un conjunto de evidencias muy consistentes sobre la asociación del consumo de tabaco con un exceso de riesgo de mortalidad por numerosas causas, entre las que se encuentran varios tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y procesos respiratorios crónicos de elevada prevalencia en España¹³. En un estudio publicado, referido a la población de Granada, se estima que el 4.5% de los ingresos hospitalarios anuales (8% de los ingresos en los hombres y 1% de los ingresos de mujeres) son atribuibles al consumo de tabaco¹⁴. Las causas estudiadas más frecuentes de ingreso fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cardiopatía isquémica y el cáncer de pulmón. En el análisis de la morbilidad extrahospitalaria se obtiene que el 6.3% de las consultas eran atribuibles al consumo de tabaco, siendo las causas más frecuentes la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la arteriopatía periférica y la cardiopatía isquémica

4. EL CONSUMO DE TABACO COMO UN PROCESO

Sin lugar a dudas el consumo de tabaco no se constituye por una acción puntual, sino por un proceso que por lo general suele durar muchos años, y que el primer contacto con el cigarrillo se establece entre los 12 y los 14 años. Este proceso con sus diferentes etapas por las que atraviesa el fumador se denomina la carrera del fumador.

El proceso de convertirse en fumador puede dividirse: a) de preparación e iniciación, b) de mantenimiento, y c) de abandono¹⁵.

4.1. Fase de preparación

En la fase de preparación se pueden estudiar una serie de factores de inicio en el consumo de tabaco:

4.1.1. Sociales

Familia: Cuando los padres fuman o son tolerantes con el tabaco, inciden como factor de riesgo en el inicio del consumo de tabaco por parte de sus hijos. Cuando los hermanos fuman también constituyen una influencia negativa.

Amigos: La influencia del grupo o de los amigos fumadores constituye otro factor de riesgo muy importante. En este sentido se sabe que un elevado porcentaje de niños y de adolescentes se inician en el consumo de tabaco con los amigos. Muchos adolescentes se inician en el consumo de tabaco para integrarse en el grupo, y para no ser rechazados.

Educadores: La figura del maestro o profesor fumador incide negativamente en los alumnos. Al profesor se le considera como una figura que imitar, es líder.

Personas importantes: El tabaco es una droga legal y aceptada socialmente. Constantemente figuras de la política y del mundo del espectáculo en general fuman ante la sociedad, generando una imagen de permisividad hacia el tabaco.

4.1.2 De mercado

Publicidad: La publicidad fomenta el hábito de consumo a través de la idea de que fumar es algo normal, elegante, moderno, incluso deportivo, sano, liberador. Esta publicidad se dirige fundamentalmente a la población más joven. Cuando se prohíbe la publicidad del tabaco, el consumo disminuye.

Bajo precio: Todavía en España fumar es barato, en relación a la media de los demás países de la Unión Europea. Cuando se aumenta un 10% el precio del tabaco, el consumo disminuye en un 4%, sobretudo en los sectores con menor poder adquisitivo, y en los jóvenes.

Fácil acceso y disponibilidad: El tabaco es uno de los productos de mercado que se encuentra con mayor facilidad, en cualquier sitio y a cualquier hora del día se puede encontrar tabaco, en estancos, máquinas expendedoras, gasolineras, quioscos, tiendas de alimentación, supermercados, bares, discotecas, restaurantes, etc.

4.1.3. Personales.

Genéticos: Se puede hablar de una influencia genética moderada, que podría relacionarse con la respuesta farmacológica a la nicotina. Se necesitarían la confluencia de otros factores para favorecer el inicio del consumo de tabaco.

Psicológicos: Existen ciertos rasgos, asociados con un riesgo mayor de fumar, por ejemplo el gusto por la novedad y el riesgo. Parece ser que los jóvenes con problemas de disciplina y baja autoestima, estarían más inclinados a fumar. También hay que destacar que las personas con depresión, ansiedad y esquizofrenia presentan más dificultad para dejar de fumar.

Edad: Se sabe que si no se ha empezado a fumar antes de los 20 ó 21 años, ya es muy difícil iniciarse en el consumo de tabaco.

Sexo: Las adolescentes de hoy en día son más susceptibles.

Riesgo percibido: Los jóvenes no tienen riesgo percibido de enfermedad cuando fuman. No asocian el consumo de tabaco con una enfermedad o muerte pasados 20 ó 30 años desde el inicio en el consumo de tabaco.

4.2. Fase de mantenimiento

En la fase de mantenimiento se pueden estudiar dos factores:

4.2.1. Factores farmacológicos:

Se puede afirmar que la sustancia responsable de la adicción al tabaco es la nicotina. Ésta actúa sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico. Ejerce sus efectos sobre los receptores nicotínicos y produciendo liberación de sustancias como la dopamina, acetilcolina, noradrenalina y serotonina fundamentalmente. Cuando el fumador deja de fumar se produce el síndrome de abstinencia, que le llevará a consumir de nuevo tabaco.

4.2.2. Factores condicionantes:

El fumador a lo largo de su vida está repitiendo constantemente una serie de movimientos, como sacar el cigarrillo del paquete de tabaco, llevárselo a la boca, encenderlo, dar las sucesivas caladas y apagarlo. En muchas ocasiones estos movimientos se realizan de manera inconsciente. Además el hecho de fumar se asocia con muchas actividades del día a día, como por ejemplo tomar café, relacionarse con los demás, escribir, conducir, etc.

Se fuma para disminuir las situaciones de estrés o como euforizante, y por si fuera poco el fumar produce sensaciones placenteras en los sentidos del olfato, gusto y tacto, estimulando terminaciones sensitivas en labios, boca, garganta y dedos.

4.3. Fase de abandono

La fase de abandono se caracteriza de la misma forma que la fase de inicio, por una serie de etapas. El fumador no deja de fumar de un día para otro, sino que al no estar satisfecho con el hecho de ser fumador, se plantearán dejar de fumar, y pasará por las siguientes fases:

4.3.1. Fase de precontemplación:

El fumador no se plantea dejar de fumar en los próximos seis meses, es un fumador consonante. En esta fase se encuentran del 30 al 35% de los fumadores.

4.3.2. Fase de contemplación:

El fumador tiene intención de dejar de fumar en los próximos seis meses. El 50% de los fumadores se encuentran en esta fase.

4.3.3. Fase de preparación:

El fumador se plantea dejar de fumar en el plazo de un mes. El 15% de los fumadores se encuentran en esta fase.

4.3.4. Fase de acción y mantenimiento:

Cuando el fumador lleva menos de seis meses de abstinencia se encuentra en la fase de acción, mientras que si lleva más de seis meses se encuentra en la fase de mantenimiento.

4.3.5. Fase de recaídas:

Por la adicción que produce el consumo de tabaco, las recaídas son muy frecuentes, en este sentido influyen la ansiedad, la depresión, el ganar peso de una forma decisiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta Nacional de Salud de España de 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1999.
2. J. Muñiz. Consumo del Tabaco en la Población Española. Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España. Editorial Glosa. Barcelona. 1998
3. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa regional Europeo Salud para todos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1999.
4. Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco. 1997-2001. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Ginebra. 1999.
5. La Epidemia del Tabaquismo. Los Gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC 20037, EUA 2000.
6. Tobacco or Health: A Global Status Report. World Health Organization. Geneva 1997.

7. M. Ann, G. Emmanuel, N,Sharma, D. Fakhrabadi. Tobacco Control Country Profiles. The American Cancer Society, Inc Atlanta, Georgia 2000.
8. Gil López E, T. Robledo, J.M. Rubio, M^a. Bris, I. Espiga, I. Saiz. Prevalencia del Consumo de Tabaco en los Profesionales Sanitarios del Insalud, 1998. España. Prev Tab 2000; 2:22-31.
9. D. Simpson. Los Médicos y el Tabaco. Tobacco Control Resource Centre. Comisión Europea 2000.
10. J.F. Pascual Lledó Epidemiología del tabaquismo. En: Manual de Tabaquismo. 2 Edición. Solano, Jiménez Ruiz (eds) Editorial Másson. Madrid 2002.
11. J.J Lorza. Tratamiento del tabaquismo. En: Manual de Tabaquismo. 2 Edición. Solano, Jiménez Ruiz(eds) Editorial Másson. Madrid 2002.
12. Jiménez Ruiz CA. Tratamiento del tabaquismo. En: Aproximación al tabaquismo en España. Jiménez Ruiz (ed). Colacio editores. Barcelona.1996.
13. Eduardo Alegría, Rodrigo Córdoba, José-Luis Díaz-Maroto, Segismundo Solano. En : Tabaco, Corazón y Pulmón. Jiménez Ruiz CA, López V. Edicomplet Barcelona.2001
14. José Ramón Banegas Banegas, Jesús González Enríquez. En: Libro Blanco sobre Tabaquismo en España. Edityorial Glosa. Barcelona. 1998
15. F.L.Marquez Pérez. En: La Historia natural del tabaquismo: el consumo del tabaco como proceso. En: Manual de Tabaquismo. Solano, Jiménez Ruiz CA (eds.). Editorial Masson. Madrid.2001.

TABLA 1

ENS-1987

	Fumadores	Exfumadores	No fumadores
Hombres	54.7	18.5	26
Mujeres	22.9	6.0	70.4
Total	38.1	12	49.1

ENS-1993

Hombres	48	21	30
Mujeres	25	7	68
Total	36	13	50

ENS-1995

Hombres	47.2	22.4	30.3
Mujeres	27.2	7.1	65.6
Total	36.9	14.5	48.5

ENS-1997

Hombres	44.8	22.5	32.6
Mujeres	27.2	7.9	64.8
Total	37.5	15.2	49.2

TABLA 2

ENS-2001

Hombres	42.1	24.7	33
Mujeres	27.2	9.4	63.2
Total	34.4	16.8	48.6

TABLA 3

EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	1987	1997	1987	1997
16-24	54.5	39.4	49	39.8
25-44	64.2	57.9	33.6	47.1
45-64	54	43.7	5.1	12.5
65 y más	33.8	22.5	1.8	1.4
TOTAL	55.1	44.9	22.9	27.2

TABLA 4

		VARONES	MUJERES
Antes de 16 años	35.9	39.4	30.4
De 16 a 18 años	41.8	40.7	43.6
De 19 a 24 años	15.1	13.9	17
De 25 a 30 años	3.1	2.5	4.1
Más de 30 años	2.1	1.8	3

TABLA 5

AÑO	TOTAL CIGARRILLOS	CIGARRILLOS NEGROS	CIGARRILLOS RUBIOS
1960	1516	1442	75
1961	1584	1506	78
1965	1898	1761	137
1970	2230	2069	160
1975	2277	1997	280
1980	2558	1911	647
1985	2684	1503	1182
1990	2619	1147	1472
1997	2361	735	1626

TABLA 6

CCAA	1987	1997
Andalucía	39	36
Aragón	40	34
Asturias	37	35
Baleares	34	34
Canarias	38	36
Cantabria	41	42
Castilla-La Mancha	34	32
Castilla-León	37	35
Cataluña	38	35
Comunidad Valenciana	38	36
Extremadura	39	37
Galicia	35	35
Madrid	40	37
Murcia	40	40
País Vasco	41	39
La Rioja	38	35

TABLA 7

PAÍS	HOMBRES	MUJERES
Suecia	46	74
Austria	55	72
Italia	49	63
Dinamarca	43	64
Irlanda	39	61
Finlandia	36	58
Francia	34	52
Reino Unido	32	48
Bélgica	34	46
Luxemburgo	42	35
Alemania	24	45
Grecia	32	35
Portugal	28	30
Holanda	14	33
España	12	25
TOTAL UE	31	48
EDAD	HOMBRES	MUJERES
15-24	29	36
25-44	29	48
45-64	33	60
65 y más	46	57
TOTAL	31	48

TABLA 8: Prevalencia de fumadores, calculada según género y número de fumadores en la población de 15 y más años, por regiones del Banco Mundial, 1995

REGIÓN DEL BANCO MUNDIAL	PREVALENCIA DE FUMADORES (%)			TOTAL DE FUMADORES	
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	MILLONES	% DE LOS FUMADORES
Asia Oriental y Pacífico	39	4	32	401	35
Europa Oriental y Asia central	59	26	41	148	13
América Latina y el Caribe	40	21	30	95	8
Oriente Medio y Norte de África	44	5	25	40	3
Asia Meridional (cigarrillos)	20	1	11	86	8
Asia Meridional (bidis)	20	3	12	96	8
África del Sur del Sahara	33	10	21	67	6
Ingreso bajo/medio	49	9	29	933	82
Ingreso alto	39	22	30	209	18
Todo el mundo	47	12	29	1142	100

TABLA 9: Estimación de las muertes causadas por el tabaco en los países desarrollados, 1950 al 2000

AÑO	HOMBRES			MUJERES		
	Nº muertes/año	% de todas las muertes	% de muertes 35-69 años	Nº muertes/año	% de todas las muertes	% de muertes 35-69 años
1955	447000	10	20	26000	<1	2
1965	793000	17	28	70000	2	4
1975	1119000	21	31	165000	3	7
1985	1369000	24	35	317000	6	11
1995	1442000	25	36	476000	9	13
TOTAL	52000000	20	30	10500000	4	7

TABLA 10: Muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco en la población mundial 1995 y 2005

	1995	2005
Países desarrollados	2 millones	3 millones
Países no desarrollados	1 millón	7 millones
Total mundial	3 millones	10 millones

TABLA 11: Porcentaje de enfermedades atribuidas directamente a fumar

Un tercio (30%) de todas las muertes por cáncer que se reparten en:

- el 63% de los cánceres de labios, cavidad oral y faríngea
- el 77% de los cánceres de laringe
- el 78% de los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón
- el 58% de los cánceres de esófago
- el 21% de los cánceres de estómago
- el 25% de los cánceres de páncreas
- el 35% de los cánceres de vejiga
- el 21% de los cánceres de riñón
- el 37% de los cánceres del cuello de útero

El 30% de todas las muertes por enfermedades cardiovasculares que se distribuyen en:

- el 59% por aneurisma aórtico
- el 37% por parada cardíaca
- el 29% por arterioesclerosis
- el 20% por enfermedad cardíaca isquémica
- el 15% por hipertensión
- el 12% por enfermedad cerebrovascular

El 80% de todas las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica

El 46% por úlcera péptica

Efectos perjudiciales sobre el feto: Retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, abortos espontáneos, incremento en la mortalidad infantil por síndrome de la muerte infantil súbita y por síndrome de distrés respiratorio, y retardo en el desarrollo psicológico, emocional y físico.

FIGURA 1: Porcentaje de población fumadora en la Unión Europea

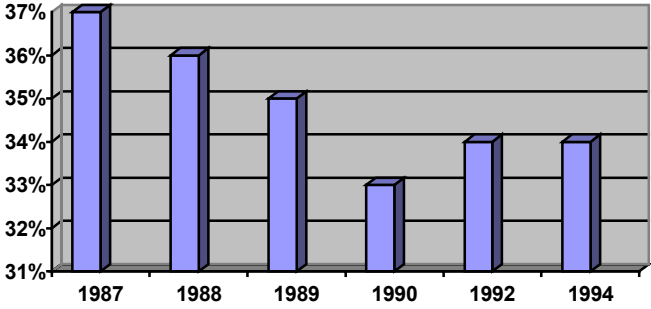


FIGURA 2: Prevalencia de consumo de tabaco en hombres y mujeres en porcentaje. Estados de la UE. Población de más de 15 años

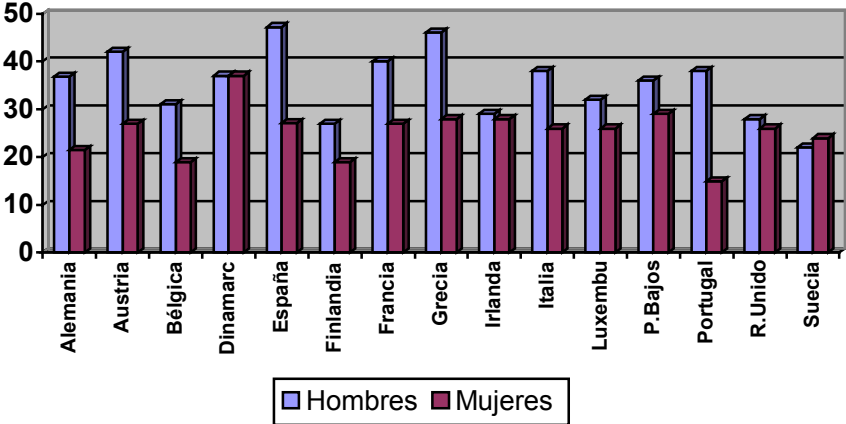


FIGURA 3: El hábito de fumar en países desarrollados y en desarrollo. Consumo anual de cigarrillos *per cápita* en adultos

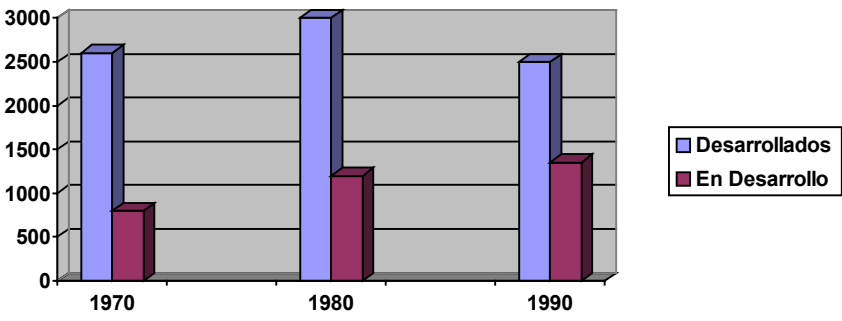


FIGURA 4: Prevalencia de consumo de tabaco en profesionales sanitarios. INSALUD 1998 (en porcentaje).

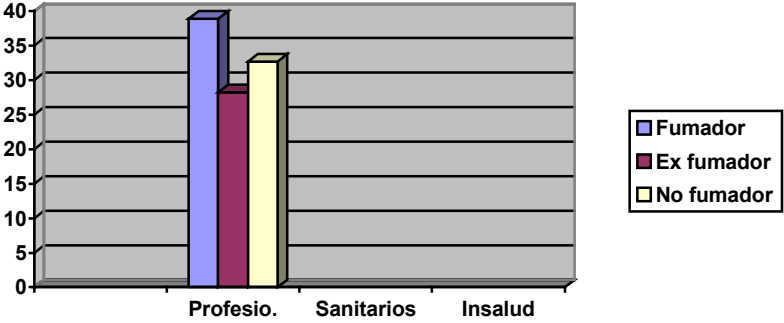


FIGURA 5: Prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios según el nivel profesional. INSALUD, España 1998 (en porcentaje)

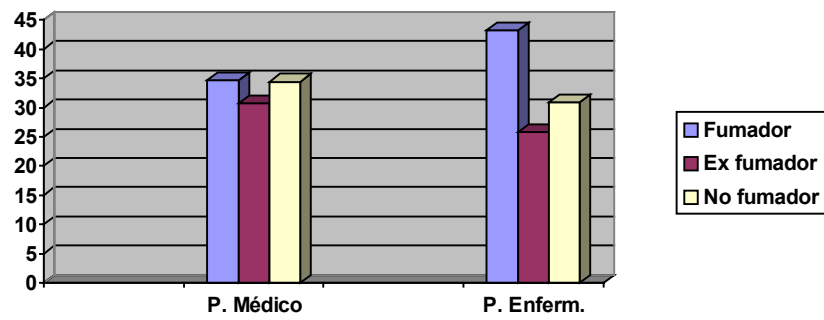


FIGURA 6: Consumo de cigarrillos de modelos de conducta clave, maestros y doctores de medicina general, comparado con población total en Europa (de Huber et al.)

