

## **CAPÍTULO 3**

### **PAPEL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL CONTROL DEL TABAQUISMO. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO.**

#### **1. INTRODUCCIÓN**

La relación entre determinados comportamientos y la salud, se conocen desde tiempos remotos. Hipócrates (460-377 a C), ya concebía la idea de la medicina preventiva, y realizaba recomendaciones respecto a la dieta y el estilo de vida. Sin embargo ha habido que esperar hasta comienzos del siglo XX para que apareciese por primera vez el término “Educación Sanitaria” al establecerse en 1912 la Oficina de Educación Sanitaria del Departamento de Salud de Nueva York, con unas funciones educativas propias.

Pero es sin duda la Organización Mundial de la Salud (OMS), el organismo que desde sus orígenes en 1948 reforzó la Educación para la Salud (EpS) estableciendo estrategias internacionales para mejorar la salud de los ciudadanos. La conferencia de Alma-Ata (1978) marca un punto de inflexión en el clásico modelo sanitario, ya que se comienza a evitar el término enfermedad y se detallan las nuevas dimensiones del moderno concepto integral de salud: biológica, psicológica y social; además, se pone de manifiesto que la consecución de los objetivos de salud sólo puede obtenerse a través del principal punto de contacto entre la población general y la sanidad: la Atención Primaria, ya que ésta se encarga no sólo de proveer los principales cuidados que necesita la población enferma, sino que se adentra en el control de las entidades morbosas y establece los mecanismos de prevención en las subpoblaciones de riesgo y de promoción de la salud a nivel general.

Paralelamente a estos hechos, hasta hace unos 40 años, los servicios destinados al cuidado de la salud se basaban en el “Modelo de Enfermedad”, es decir, en atender al individuo sólo cuando ya estaba enfermo, lo que llevaba consigo que el grado de salud de la población no sufriera transformaciones. Fue en 1965 durante la conferencia de Swampscott, donde históricamente se puso de manifiesto un modelo intervencionista que posteriormente ha evolucionado a lo que se ha venido en denominar “Modelo Sanitario de Competencia” (Albee, 1.980, Costa y López, 1983), mucho más activo e intervencionista que el modelo de enfermedad y, que nace con el objetivo de no sólo curar la enfermedad sino también de

prevenir su aparición y aumentar el grado de salud de la población.

A lo largo del capítulo y basándonos en este modelo de salud, vamos a exponer los diversos factores que conducen al tabaquismo para posteriormente concluir en los aspectos preventivos del mismo.

## **2. ¿POR QUÉ INTERVENIR?**

Muchas son las razones por lo que se hace necesario que los profesionales de la salud intervengamos con el fin de controlar la epidemia tabáquica como se pone de manifiesto en el resto de los capítulos del libro. Entre ellas podemos destacar:

- El tabaco es la primera causa de muerte evitable en los países industrializados (14% de éxitus).
- El tabaquismo es el principal factor de riesgo modificable en las enfermedades cancerosas, cardiovasculares y EPOC, siendo responsable del 30% de las muertes por cáncer, del 20% de las enfermedades cardiovasculares y del 80% de EPOC.
- El 50% de los fumadores morirán como consecuencia del tabaco, de ellos la mitad lo harán en la edad adulta y la otra mitad en la vejez.
- La pérdida media de años potenciales de vida en fallecidos por tabaco es de unos 16 años.
- El fumador involuntario aumenta el riesgo de padecer cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, muerte fetal durante el embarazo y, en la edad infantil la muerte súbita del lactante.
- Las mujeres fumadoras tienen unos riesgos adicionales para la salud específicos de su género como la reducción de la fertilidad, menopausia precoz y osteoporosis.
- Se estima que los costes sanitarios generados en España en el año 2001, por seis enfermedades atribuidas al consumo de tabaco (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular y bajo peso al nacer), oscilaron entre 2600 y 3600 millones de euros<sup>1</sup>.

## **3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA PREVENCION DEL TABAQUISMO**

La experiencia nos está demostrando que la epidemia tabáquica debe acometerse desde un punto de vista integral e integrador, es decir, abordándolo de manera estructurada en las áreas de promoción y protección de la salud, y prevención de enfermedades, entendiendo estas actuaciones como parte de políticas globales y no de acciones individuales e inconexas.

La promoción de la salud tiene como objetivo reforzar la adopción de hábitos de vida saludables a través de acciones informativas y programas de educación para la salud. Entre las primeras destacan campañas como el Día Mundial sin Tabaco (31 de Mayo), y dentro de los programas de educación para la salud merecen especial mención los dirigidos a la población infantil y juvenil, que se desarrollan tanto en el marco de la educación formal como en la no formal.

En el caso de la prevención de enfermedades el objetivo es modificar la conducta de riesgo que supone el consumo de tabaco, mediante acciones como el consejo sanitario e incluso el tratamiento del hábito, que serán tratados en otros capítulos.

Complementando estas acciones preventivas se encuentra la presión o demanda social, que emanada de la población hace que se pongan en marcha medidas o acciones (legislativas, normativas...), encaminadas a la protección de la salud tanto de fumadores como de no fumadores. Éste es el caso de la necesidad de legislar espacios libres de humo como ejemplo de defensa de los no fumadores, o de que la sanidad pública subvencione los tratamientos de deshabituación tabáquica facilitando así el abandono del tabaco en los fumadores (Figura 1).

#### **4. BARRERAS QUE OBSTACULIZAN LA LABOR DE PREVENCIÓN**

Lejos de lo que aparentemente pueda parecer, las acciones preventivas presentan gran cantidad de trabas que dificultan la consecución de sus objetivos. En el caso del tabaco podemos mencionar a modo de ejemplo:

- La gran cantidad de creencias erróneas que existen respecto al tabaco y la enfermedad tabáquica, y que habitualmente nacen de la observación, de la propia experiencia personal e incluso de fuentes consideradas como fiables. Un claro ejemplo es el considerar al tabaco como “no adictivo”, o al menos “no tanto como nos quieren hacer creer”. Estas creencias arraigadas en gran parte de los fumadores se corroboran con manifestaciones del tipo “yo puedo abandonar el tabaco cuando quiera”.

- La creencia de la población en general y de los jóvenes en particular, de que “se exagera” cuando se informa de las consecuencias del tabaco sobre el organismo: “...si fuera tan malo estaría prohibido”, al no producirse manifestaciones tangibles en las primeras etapas de su consumo.

- La incongruencia observada por la población entre las advertencias realizadas por un lado por parte de las autoridades sanitarias y, por otro, la publicidad que se hace del producto, la

utilización del mismo por gran parte de la población (circunstancia que se agrava cuando quienes fuman son profesionales de la salud) y, el incumplimiento de la legislación existente y su no penalización.

- Las recomendaciones que debemos dar en materia de prevención, condenan la realización de una práctica “placentera” a corto plazo como es el “saborear” un cigarrillo.

- La dificultad que supone para el individuo el tomar una determinación con respecto al cese de esta “práctica placentera”, contrapesando una satisfacción real e inmediata, con la “solo probable” aparición de enfermedades a largo plazo.

- El bombardeo continuo que sufre la población a través de los medios de comunicación, incitando a la utilización de productos que producen una satisfacción inmediata a través de la promoción y publicidad del mismo.

- La "ilusión o mito de invulnerabilidad", es decir, la percepción que tenemos de que las enfermedades (en este caso relacionadas con el consumo de tabaco), les “tocan” a otros y no a nosotros mismos, excluyéndonos inconscientemente del grupo de riesgo de las mismas (ser fumador).

- Por último, la tendencia aún existente a seguir dando prioridad al "modelo de enfermedad", con respecto al "modelo de competencia" por parte de determinados profesionales de la salud. Esto supone un insuficiente avance en el aumento del grado de salud de la población, e impide acciones preventivas individuales tanto del inicio del hábito como de su abandono, a la vez que fomenta y fortalece las creencias erróneas.

## **5. LA FIGURA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO**

Como ya hemos mencionado, para ser eficaces en la lucha contra el tabaquismo, debemos realizar un abordaje globalizador del mismo, en el que cada figura social tenga un papel primordial y específico. La intervención de los profesionales de la salud en general y de los médicos en particular es básica puesto que tanto la protección de la salud, como la promoción de la misma y la prevención de las enfermedades es en gran medida su responsabilidad y sin duda, multitud de razones acompañan al tabaquismo para intervenir. Así, como modelo, educador y terapeuta, estará promocionando la salud y previniendo la enfermedad; y con su función social, realizará acciones fundamentalmente en pro de la protección de la salud.

Como modelo, el que mantenga comportamientos alejados del hábito tabáquico provoca un

ascendiente negativo hacia el mismo que será percibido como algo nocivo por parte de la población. Así, no fumar a nivel personal, ni durante el ejercicio de la profesión, ni en público; no ofrecer tabaco, no aceptar obsequios relacionados él, no permitir fumar en la consulta ni en las salas de espera y difundir mensajes tanto a fumadores como a no fumadores sobre el tabaco, su consumo y abandono, son fundamentales a la hora de disminuir su prevalencia en la comunidad<sup>2</sup>. No debemos olvidar que el máximo potencial en los "modelos de conducta", radica en sus actuaciones y, la información sólo será un apoyo a las mismas.

En 1998 en nuestro país, el 38,9% de los sanitarios (médicos y personal de enfermería) eran fumadores, el 34,7% en el personal médico y 43,2% en el de enfermería (figura 2). Según el género, la prevalencia de fumadores en los hombres sanitarios fue del 34,4% y del 42,2% en las mujeres<sup>3</sup> (figura 3).

Por sus conocimientos, el profesional sanitario tiene un papel fundamental como educador, llevando a cabo acciones de información, sensibilización y educación para la salud, con las que intentaremos conseguir diversos objetivos. En unos casos será retrasar la edad de inicio o mejor, que los jóvenes no adquieran el hábito, colaborando para ello con los educadores. En otras ocasiones el objetivo será, que el proceso de dejar de fumar se acorte en el tiempo, participando en acciones que faciliten el cambio de una fase a otra del mismo, como es el caso de la celebración del Día Mundial sin Tabaco. Pero sin temor a equivocarnos, podemos decir que el verdadero papel como educador lo realiza el profesional sanitario en su práctica diaria, aconsejando no fumar, destacando las ventajas de vivir sin tabaco, felicitando al no fumador por no fumar y al fumador por intentar dejarlo...

Una de las facetas más importantes de los profesionales de la salud es la de terapeuta. Sabemos que el 70% de los fumadores desean abandonar el hábito y sólo un 2% de los intentos de abandono se acompañan de un tratamiento adecuado<sup>4</sup>. El profesional de la salud tiene una posición ideal para llevar a cabo pautas de tratamiento en sus diversos aspectos y en las diversas fases del proceso de fumar mediante la información, el consejo breve o el tratamiento especializado, dependiendo de la formación postgrado que cada profesional tenga en tabaquismo. Diversos estudios evidencian cómo los médicos figuran entre los profesionales más respetados y de mayor confianza para el paciente fumador; sin embargo, sólo el 30-40% de los fumadores es aconsejado por su médico de cabecera<sup>5</sup>. No debemos olvidar la importancia que tiene la oportunidad de la consulta, ya que más del 70% de la población fumadora acude al médico de cabecera una media de 4.3 veces al año (frente al 70% de la población general que lo hace 1 vez en el mismo periodo); a lo que hay que añadir que cuando los fumadores acuden al médico por una causa relacionada con su hábito de

fumar, están especialmente vulnerables a recibir consejo para dejar de fumar. En sujetos con enfermedades pulmonares o cardíacas se alcanzan tasas de abstinencia superiores al 40%<sup>6</sup>.

Es importante destacar como la implicación del médico es directamente proporcional a las tasas de abstinencia que se consiguen, de manera que, cifras del 5 al 25% son coherentes con la eficacia de estos programas de intervención médica.

Muchos profesionales de la salud no se implican en la tarea de disminuir la tasa de fumadores debido a desconocimiento de cómo hacerlo. La OMS en sus “Primeras directrices europeas sobre el tratamiento de la dependencia del tabaco”, establece cinco puntos que todo profesional de la salud debería llevar a cabo en sus intervenciones:

- Preguntar sobre el tabaquismo a los pacientes (si fuman o no), anotar la respuesta en la historia y mantenerla actualizada.

- aconsejar a los fumadores sobre las ventajas de dejar de fumar con un método individualizado adecuado. El objetivo de esta acción es incrementar la motivación del paciente de cara a su abandono. Es ideal poder establecer en el consejo una relación entre su enfermedad actual o síntomas con el hábito de fumar y las ventajas de dejarlo.

- Ayudar al paciente a dejar de fumar siempre que se encuentre en la fase adecuada recomendándole el tratamiento más efectivo o derivándole a un especialista.

- Seguir: Establecer los seguimientos oportunos.

- Reforzar: Felicitar al paciente si cambia de fase o intenta dejar de fumar.

Por último, cabe recordar la importancia que tiene el profesional sanitario con su función social, ya que las implicaciones sociales del tabaquismo determinadas en gran parte por la “normalización” del hábito, hacen que los profesionales sanitarios deban tener un papel activo en esta faceta tanto a nivel individual como colectivo a través de las asociaciones y sociedades científicas, denunciando y presionando a los gobiernos y autoridades sanitarias, haciéndoles ver la necesidad de que existan legislaciones que faciliten el control del tabaquismo. Para ello, los profesionales sanitarios deben esforzarse en intentar persuadir a aquellos agentes sociales que están en condiciones de cambiar las cosas, y en esta labor los periodistas tienen un papel crucial. A medida que los medios de comunicación se van haciendo eco de las opiniones de los expertos se irán creando corrientes de opinión a favor o en contra. Lo innegable es que si en el caso del tabaquismo los expertos son profesionales de la salud, favorecerán que se vaya creando una presión social que aboque a las autoridades a ir tomando medidas de protección y promoción de la salud.

## **6. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADOPCION DEL HÁBITO**

Aplicando al tabaco la definición de Comas (1992) sobre el consumo de drogas, podemos decir que “El consumo de tabaco es una conducta individual que está condicionada por una multitud y combinación de factores tanto individuales como sociales”. Es decir, que existen una serie de factores de riesgo (situaciones y/o características sociales, culturales e individuales), que armonizadamente en un momento determinado incrementan las condiciones de vulnerabilidad del sujeto ante el consumo de tabaco.

Al estudiar los factores de riesgo que conducen a la adquisición del hábito tabáquico, nos encontramos con tres eslabones que interactúan entre sí: la sustancia, el entorno (macrosocial y microsocial) y el sujeto (figura 4).

La sustancia, como ya hemos visto en otros capítulos, es una droga que produce dependencia física y psicológica muy importante, así como una gran repercusión orgánica en la persona que la utiliza e incluso en terceras personas (fumador involuntario). Pero además debemos conocer que, para cada persona el tabaco va a cumplir una función determinada en su entorno e incluso adquiere un significado cultural.

El entorno está conformado por el ambiente socio-cultural donde el joven se desarrolla y del que continuamente está recibiendo estímulos (entorno macrosocial) y, por el ambiente inmediato donde el sujeto está unido afectivamente (entorno microsocial) y, que está formado por los agentes básicos de socialización: familia, escuela y grupo de iguales.

Los factores del entorno macrosocial más relevantes son los valores socioculturales, las actitudes sociales, el control normativo, las relaciones sociales, el ocio, el tiempo libre, los medios de comunicación y la publicidad. Todos y cada uno de ellos son estudiados por la industria tabaquera y utilizados para facilitar el inicio al consumo y el posterior mantenimiento del hábito entre los jóvenes.

Existen grandes intereses económicos en hacer que cada vez se consuma mayor cantidad de tabaco y, para ello la industria responde con creatividad y todo tipo de recursos para asociar el tabaco con los valores que mueven a la juventud actual. Valores como la competitividad, el éxito, la independencia, el prestigio o la imagen son vendidos como algo que va unido al consumo del tabaco. Pero además, consumir tabaco se convierte entre los adolescentes en un rito colectivo, en el lazo de unión entre el grupo, es decir, les sirve de eje para la socialización.

Uno de los valores más seductores para los jóvenes es su ocio y tiempo libre, y por tanto la utilización que de ellos hacen ya que, es donde obtienen los componentes que les permiten

una identificación grupal y generacional. Se ha comprobado que existe un mayor riesgo de consumo de tabaco al acudir a los lugares donde existe una gran oferta del producto y su consumo no está limitado, como es el caso de los bares, *pubs*, discotecas... Sin embargo, el reunirse en estos centros forma parte de la realidad social del joven y es una de las escasas alternativas de ocio que se le ofrecen al adolescente para relacionarse con sus iguales y esto último es fundamental para su proceso de socialización.

Por su parte, los factores microsociales son los que se establecen en el contexto inmediato donde se produce el desarrollo vital de la persona y, tienen un papel determinante en la configuración del estilo de vida del individuo. En este entorno las instituciones básicas de socialización son la familia, la escuela y el grupo de iguales.

La familia es el marco fundamental donde se forma la personalidad y las pautas de conducta del individuo, por lo que a la hora de prevenir el consumo de tabaco tiene gran interés tanto el estilo educativo como el estilo de vida de los padres. Así, se ha observado cómo los hijos de padres fumadores, perciben esta conducta como algo positivo y se incrementa su consumo respecto a su grupo de edad<sup>7</sup>.

En un estudio reciente sobre hábitos de salud en los adolescentes se ha observado que en el 50% de los encuestados su padre era o había sido fumador, en un 42,7% su madre era fumadora o exfumadora y un 32,8% tenía algún hermano fumador<sup>8</sup>.

Al llegar a la escuela el niño lleva consigo unos valores, unas creencias y unas actitudes emanadas de su entorno familiar que en la mayoría de los casos no se han implantado totalmente, y es en la escuela donde se afianzan, siendo en este sentido la figura del maestro crucial como educador y como modelo. El 43,3% de los adolescentes refiere tener algún profesor fumador<sup>8</sup>. En los centros donde se imparten temas antitabaco, el porcentaje de profesores que fuman delante de los alumnos es del 6,71%, frente al 8,07% en el caso de los centros donde no se imparten<sup>9</sup> ( $p < 0.5$ ).

Recordemos los puntos donde el RD 192/88 hace referencia al ámbito escolar:

Artículo 4.-

1... No podrán venderse labores de tabaco en los establecimientos sanitarios, escolares o destinados preferentemente a la atención de la infancia y juventud.

2... La expedición automática por máquinas, solo podrá realizarse en lugares cerrados.

Artículo 5.-

1... Prohibición absoluta de vender o entregar tabaco a menores de 16 años. En los puntos de venta existirán los carteles adecuados.

2... Se prohíbe a los menores de 16 años el uso de máquinas automáticas de venta de tabaco.

Artículo 6.-

3... Se prohíbe fumar en los vehículos de transporte escolar y en todos los destinados parcial o totalmente al transporte de menores de 16 años o enfermos.

Artículo 7.-

1... No se permitirá fumar en:

a. Centros de atención social destinados a menores de 16 años.

c. Centros docentes.

Artículo 8.-

4... En los centros docentes se permitirá fumar exclusivamente en las áreas expresamente reservadas al efecto por la dirección de los mismos, las cuales en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores y alumnos, en caso de que estos sean menores de 16 años.

El grupo de iguales es un marco de referencia necesario para completar el proceso de socialización del adolescente y cumple la función de soporte afectivo y protector que le va a posibilitar la posterior emancipación de la familia. Pero a cambio de esto, se le exige al sujeto que mantenga los valores, actitudes, hábitos y pautas de comportamiento que el grupo estima oportuno. Además, se crea un sentimiento de pertenencia al grupo, compartiendo valores como el riesgo, la aventura, las expectativas vitales, la trasgresión social, el consumo de drogas... Si el grupo consume tabaco, al sujeto le será muy difícil no consumirlo. De hecho el 84% de los jóvenes comienzan a fumar en grupo y el 95% fuma con sus amigos<sup>10</sup>.

El sujeto desde el nacimiento hasta la edad adulta, está recibiendo continuamente estímulos que analiza, dota de significado e interpreta para responder a ellos en función de sus características individuales, conformándose así su sistema de valores, actitudes, hábitos y patrones de comportamiento. Aunque es muy difícil separar lo que es estrictamente personal de lo ambiental, circunstancias como la dificultad para tomar decisiones, la búsqueda de gratificación inmediata, la baja autoestima y un sistema de valores poco claro, se correlacionan frecuentemente con el consumo de tabaco. La baja autoestima además conduce fácilmente a la búsqueda de un grupo de iguales “refugio” donde, el adolescente se siente reconocido y al que se adapta muy bien, lo que le hace más vulnerable a la presión y más dependiente del grupo.

## **7. EL PROCESO DE HACERSE FUMADOR**

Según el Banco Mundial, de 80.000 a 100.000 jóvenes en el mundo se hacen adictos al tabaco cada día. En los países industrializados se estima que esta cifra es de 14.000 a 15.000. Con ello, la industria trata de reemplazar la merma que les supone tanto las defunciones producidas por el tabaco, como los abandonos.

La conducta de fumar se adquiere durante un largo proceso de aprendizaje que comienza prácticamente desde el nacimiento. Como hemos visto en los primeros años cuando se está produciendo el proceso de socialización primaria y, fundamentalmente por la observación de modelos adultos fumadores sobre todo padres y educadores, el niño va adquiriendo la información necesaria para poder llevar a cabo en un futuro este comportamiento, a la vez que adquiere las actitudes y creencias positivas que esos adultos tienen respecto al tabaco.

Más tarde se llega a la fase de iniciación en la que a la observación de modelos adultos se añade la curiosidad que el adolescente siente por experimentar los efectos físicos provocados por el cigarrillo. El joven además busca a través de esta conducta típicamente "adulto" la reafirmación de su personalidad y su aceptación dentro del grupo de iguales. El hecho de que el mejor amigo sea fumador es un importante predictor de que el adolescente se iniciará en el consumo. Esta etapa es crucial en el desarrollo del hábito ya que se estima que entre el 33 y 50% de los jóvenes que llegan a esta fase de iniciación se hacen fumadores regulares en un promedio de 2.3 años<sup>11</sup>.

Esta fase se ve favorecida por la intervención de numerosos factores del entorno entre los que destacan la publicidad y la accesibilidad del producto. Aunque la industria tabaquera lo niegue, su publicidad está fundamentalmente dirigida a los más jóvenes, es decir, a reclutar nuevos clientes y no a que los fumadores adultos cambien de marca. Los beneficios que obtiene la industria tabaquera son muy superiores a los esfuerzos que realiza por adquirir nuevos clientes. De hecho cada persona que adquiere el hábito le reporta a la industria el beneficio correspondiente a 20-30 años como consumidora habitual del producto.

El tipo de mensajes utilizados (riesgo, aventura, libertad, transgresión social, pertenencia a grupo, solidaridad, emancipación, evasión...), y los modelos (guapos, atractivos, sensuales, saludables, esbeltos, actuales, jóvenes...), presentan características y valores ansiados y compartidos por los adolescentes. En el caso de las chicas merece especial atención la influencia que en ellas ejerce el "buen tipo" de las modelos, de manera que la evidencia sugiere que entre las adolescentes el iniciarse a fumar es una de las consideraciones sobre cómo mantener el control del peso; y posteriormente el miedo a engordar es una motivación

significativa para continuar fumando. De hecho más del 50% de las recaídas en las mujeres que intentan dejar de fumar se deben a la ganancia de peso tras el cese.

Uno de los medios que las tabaqueras utilizan para la promoción de sus productos es la industria cinematográfica. Podemos observar cómo en las películas de mayor éxito fuman con asiduidad el 80% de los personajes masculinos y el 37% de los femeninos<sup>12</sup>.

Llama la atención como en las series televisivas desarrolladas en ambientes juveniles también fuman sus personajes, haciendo que se produzca un ambiente socialmente favorable al consumo y sobre todo, se tira por tierra la credibilidad de los consejos educacionales. Todo está perfectamente estudiado: quién debe fumar, cómo debe hacerlo, en qué momento... El 75% de los jóvenes consideran que la publicidad influye en el consumo de tabaco<sup>10</sup>.

Cuando la legislación es lo suficientemente restrictiva, la industria utiliza otras formas de publicidad indirecta como la promoción de viajes, prendas de vestir, complementos..., donde aparecen la marca o el logotipo de marcas conocidas. Se ha comprobado como los jóvenes que utilizan estos artículos (camisetas, pantalones, bolsos, mochilas, relojes, gorros...), tienen el doble de posibilidades de convertirse en fumadores<sup>13</sup>.

Otras formas de promoción de gran éxito entre la población juvenil es el apadrinamiento de eventos musicales y deportivos. Al asociar a los deportistas que son ídolos de la juventud con una determinada marca de tabaco existen muchas posibilidades de que sus seguidores comiencen a fumar esa marca. Además los resultados económicos por este tipo de promoción son muy beneficiosos para la industria. Según el informe de la OMS relativo al Día Mundial sin Tabaco 2001 "Deportes sin Tabaco", en Estados Unidos y a pesar de la prohibición federal de anunciar el tabaco en la televisión, se estima que las compañías del tabaco logran el equivalente a más de 150 millones de dólares en anuncios de televisión, sólo a través del patrocinio de los deportes del motor.

En ocasiones la estrategia utilizada es el regalo de estos productos. Sólo hay que hacer una cosa para conseguirlos: ¡fumar! .

Otro de los factores más importantes de inicio al consumo del tabaco es la disponibilidad y accesibilidad del mismo. El tabaco es la droga más accesible para cualquier ciudadano, ya sea una persona adulta, joven o adolescente, tanto en lo que se refiere a la facilidad de adquisición como de consumo ya que su venta es legal en bares, restaurantes, comercios de alimentación, supermercados, hipermercados, máquinas automáticas.... En España existen más de 15.500 expendedurías, además de 100.000 máquinas automáticas situadas en lugares públicos donde cualquier persona independientemente de la edad, del día de la semana y de la hora, puede adquirir el producto.

Los lugares donde los jóvenes más frecuentemente consiguen el tabaco es en los bares de la calle 50.6%, estancos 45.8% y discotecas 34,9%<sup>10</sup>.

El bajo precio de las labores tabáquicas también favorece su accesibilidad por los grupos sociales con menor poder económico como es el caso de los adolescentes. España es uno de los países de la Unión Europea con menor carga fiscal sobre el tabaco. El mismo producto que en nuestro país cuesta 2,25 euros, en la media de la Unión Europea cuesta 3,28 y en el Reino Unido 6,42<sup>14</sup>.

Se estima que un incremento del 10% en el precio final de los cigarrillos produce una disminución en el consumo de los adultos del un 2%, y en los jóvenes del 7-10%<sup>15</sup>.

Para paliar en la medida de lo posible las consecuencias que tiene el bajo precio de las labores tabáquicas, desde el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo se proponen una serie de medidas entre las que destacan:

- Prohibir la comercialización de cajetillas de cigarrillos con 10 unidades o menos, ya que eso facilita su adquisición por parte de los más jóvenes.

- Establecer unos precios mínimos de las labores del tabaco de manera que sean inaccesibles a los consumidores sensibles a los precios.

- Destinar parte de los impuestos a la prevención y tratamiento del tabaquismo. No debemos olvidar que según estimaciones del Banco Mundial, el gasto sanitario de los países ricos derivados del tabaquismo oscila entre el 6 y el 15%, no incluyendo los costes indirectos como el absentismo laboral, el mayor gasto farmacológico de los fumadores y los años de vida perdidos.

- Sacar el tabaco de la lista de productos que se utilizan para calcular el índice de precios al consumo, evitando así que el incremento de su precio tenga efectos negativos sobre otros aspectos de la política económica.

La siguiente fase es la de habituación o afianzamiento en el hábito. Frecuentemente se sitúa entre los 14 y los 18 años y, durante la misma se adquieren los patrones o ritmos de consumo de tabaco. Durante esta etapa se va desarrollando el fenómeno de la tolerancia, es decir el joven va a consumir cada vez mayor cantidad de cigarrillos, lo que le va a conducir a su vez a que se establezca una dependencia física de la nicotina. Pero además, desde el punto de vista psicológico y social, las sensaciones agradables que se derivan del consumo se van a asociar cada vez a mayor número de circunstancias. En definitiva, durante la habituación el consumo de tabaco va a convertirse en una conducta cada vez más generalizada y desencadenada por un número creciente de estímulos discriminativos.

Según la Encuesta Domiciliaria sobre el Consumo de Drogas de 1999, el 20.7% de los jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 19 años fuman todos los días, siendo además un segmento de edad en el que el consumo de tabaco a diario es superior entre las mujeres (24%, frente a 18% en los varones) (figura 5).

Por último se llega a la fase de mantenimiento, durante la que se consolidan los niveles de adicción de la nicotina. El fumador se ve obligado a mantener estables estos niveles mediante el consumo más o menos frecuente de labores de tabaco: es un fumador regular; y si se ve obligado a no fumar en períodos lo suficientemente largos se desencadena el síndrome de abstinencia.

## **7. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO: CONCLUSION**

La prevención del tabaquismo, como podemos deducir, es una tarea ardua y compleja tanto por el número de puntos que debemos tener en cuenta, como por el consiguiente número de estrategias que utilizar para conseguirlo. No olvidemos que aunque fumar sea una conducta individual, en su adquisición y posterior mantenimiento influyen numerosas circunstancias de diversa índole y difícil abordaje sin la colaboración de toda la sociedad.

En nuestro entorno la epidemia tabáquica está evolucionando según el patrón establecido en aquellos países pioneros en el consumo de tabaco de manera, que en la actualidad está disminuyendo la prevalencia de consumo en los varones -con un aumento creciente de exfumadores-, mientras que está aumentando en las mujeres. En estas circunstancias dos son los grandes objetivos pretendidos desde la protección y promoción de la salud y la prevención de enfermedades: disminuir la prevalencia de consumo y proteger la salud de la población.

Para conseguir estos objetivos, las acciones deben dirigirse a los jóvenes (para evitar el inicio en el hábito), a los no fumadores (para proteger su salud del aire contaminado por humo de tabaco) y, a los fumadores (facilitándoles el abandono del hábito).

### **7.1. Jóvenes**

En este grupo poblacional las estrategias preventivas deben ir dirigidas a reforzar al individuo para neutralizar la influencia de los factores y circunstancias, que como hemos visto, favorecen el proceso de la adquisición del hábito por parte de los más jóvenes, como son:

- Facilitar el crecimiento de los niños y adolescentes en ambientes libres de humo como el hogar y la escuela, ya que además de prevenir los riesgos que lleva consigo respirar aire contaminado por humo de tabaco, evitaremos la observación de modelos fumadores tan importantes en el proceso de socialización primaria.

- Formar a los adolescentes en habilidades sociales que les permitan relacionarse con su entorno humano satisfactoriamente, sin tener para ello que verse abocados a consumir tabaco como ocurre frecuentemente por parte del grupo de iguales.

- Disminuir la accesibilidad al producto, tomando medidas como:

- Prohibir todo tipo de publicidad y promoción de las labores tabáquicas.
- Elevar la edad de compra a la mayoría de edad.
- Eliminando las máquinas expendedoras.
- Permitiendo sólo la venta personalizada en los estancos.
- Prohibiendo la comercialización de cajetillas de menos de 20 cigarrillos.
- Haciendo cumplir la legislación vigente respecto a la prohibición de unidades sueltas de cigarrillos (R. D. 1079 de 18 de Octubre de 2002).
- Aumentando el precio de las labores tabáquicas.

- Ofrecer a los jóvenes alternativas al ocio y tiempo libre atractivas a su edad, y en las que se respete su condición “libres de tabaco”.

## **7.2. No fumadores**

Las estrategias dirigidas a esta población deben encaminarse a protegerla de la exposición al humo ambiental, ya que es indudable que no estamos frente a un problema de tolerancia entre fumadores y no fumadores, sino ante un problema de salud pública de primer orden en el que, proteger a los no fumadores del aire contaminado por humo de tabaco es fundamental y, regular la existencia de espacios sin humo, prioritario, tanto en los lugares de trabajo como en los de ocio, complementándose con programas de seguimiento que garanticen su cumplimiento. Entre las acciones que desarrollar destacan:

- Informar a la población del riesgo que supone convivir en espacios contaminados por humo de tabaco.

- Formar a los padres, docentes, empresarios..., en la importancia que tiene el tabaquismo pasivo.

- Favorecer la normalización de la situación de “no fumar”, fomentando los hogares y lugares de trabajo y ocio sin humo.

- Promover políticas laborales libres de humo en la que participen los sindicatos, empresarios y servicios de prevención de riesgos laborales.
- Promover cambios legislativos en el sector de la restauración y hostelería sobre la diferenciación de espacios de fumadores y no fumadores.
- Fomentar en los profesionales de la salud el consejo breve sobre el tabaquismo pasivo, preguntando a los usuarios de los servicios por su grado de exposición.
- Difundir información a la población propiciando posiciones asertivas frente al tabaco, propiciando el diálogo y no el enfrentamiento entre fumadores y no fumadores.
- Aumentar el sentido crítico de la población frente a la información que proporciona la industria tabaquera sobre los productos del tabaco.
- Hacer que se cumpla la legislación vigente y ampliar su rango de aplicación.

### **7.3. Fumadores**

En el caso de los fumadores, es necesario habilitar medidas que faciliten el abandono del hábito. El tabaquismo debe considerarse como una enfermedad que requiere un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado y personalizado en cada fumador. Además, sabemos que conseguir que un fumador tome la decisión de abandonar su hábito forma parte de un proceso que pasa por diferentes etapas hasta llegar a la de abandono, momento en el que es necesario ponerse en manos de profesionales de la salud formados en el tema, que actúen en cada momento de la manera más correcta y que por sus conocimientos utilicen óptimamente las técnicas y fármacos que han demostrado su eficacia científicamente a la hora de dejar de fumar. No olvidemos que la principal víctima del tabaco es el fumador y que el 70% de los mismos no les importaría abandonar el consumo si contaran con el apoyo adecuado. Entre las medidas que tener en cuenta destacan:

- Reforzar el papel modélico de los profesionales de la salud.
- Favorecer el desarrollo de programas de deshabituación tabáquica dirigidos a colectivos modélicos como los educadores y sanitarios.
- Fomentar programas comunitarios de deshabituación tabáquica como el *Quit and Win*.
- Promover programas de deshabituación tabáquica en el ámbito laboral.
- Impulsar el reconocimiento del tabaquismo como enfermedad crónica y garantizar su tratamiento desde la sanidad pública.
- Contemplar dentro de las historias clínicas la historia tabáquica de los pacientes; y aconsejar el abandono a todos los fumadores.
- Establecer políticas de espacios sin humo en los lugares de trabajo.

Sólo con la participación de toda la sociedad: el médico, el empresario, el trabajador, el profesor, la familia, el farmacéutico, el comerciante..., y el propio fumador, conseguiremos erradicar lo que pronto será la mayor causa de muerte evitable en el mundo: el tabaco.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Centro de Investigación de Economía de la Salud y el Dpto de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra, por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.
2. Barrueco M. En: Aproximación al tabaquismo en España. Jiménez Ruiz, CA. (ed.). Colacio editores. Barcelona. 1997.
3. Gil López E, T. Robledo, J.M. Rubio, M<sup>a</sup>. Bris, I. Espiga, I. Saiz. Prevalencia del Consumo de Tabaco en los Profesionales Sanitarios del Insalud, 1998. España. *Prev Tab* 2000; 2:22-31.
4. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. *JAMA* 2000; 283:3244-54.
5. Goldstein MG, De Pue JD, Monroe AD, Lessne CW, Rakowski W, Dube CE. A population based survey of a physician smoking cessation clinic. *Prev Med* 1998; 27:720-9.
6. USDHHS (1984). The health consequences of smoking. Chronic obstructive lung disease. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.
7. Royal College of Physicians. "Health or Smoking?" London: Pitman, 1983.
8. Garcia V, Ramos M, Hernán M, Gea T. Consumo de tabaco y hábitos de salud en los adolescentes de Institutos de Enseñanza Secundaria pública en Granada. *Prev Tab* 2001; 3(4):215-223.
9. Hernández MA, Barrueco M, Jimenez-Ruiz CA, Torrecilla M, Gonzalez M, Plaza MD. Grado de cumplimiento de la legislación e impartición de enseñanzas antitabaco en los centros escolares españoles. *Rev Esp de Salud Pública*. 2000 Sep-Dec; 74(5-6):537-47.
10. Estudio sobre el consumo de tabaco en jóvenes de la Comunidad de Madrid. Escuela Nacional de Sanidad y Consejería de Integración Social. 1995.
11. Hirschman RS, Leventhal H, Glynn K. The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cros-sectional survey data. *J Apl Soc Psychology* 1984; 14:184-206.
12. Stockwell TF, Glantz SA. Tobacco use is in creasing in popular films. *Tobacco Control* 1997; 6:282-284.
13. Biener L, Siegel M. Tobacco marketing and adolescent smoking: more support for a causal inference. *Am J Public Health* 2000; 90: 407-11.
14. Montes A, Villalbí JR. The price of cigarettes in the European Union. *Tobacco Control* 2001; 10:135-136.
15. Grossman M, Chaloupka FJ. Cigarette taxes. *P Health Rep* 1997; 112: 291-297.

FIGURA 1

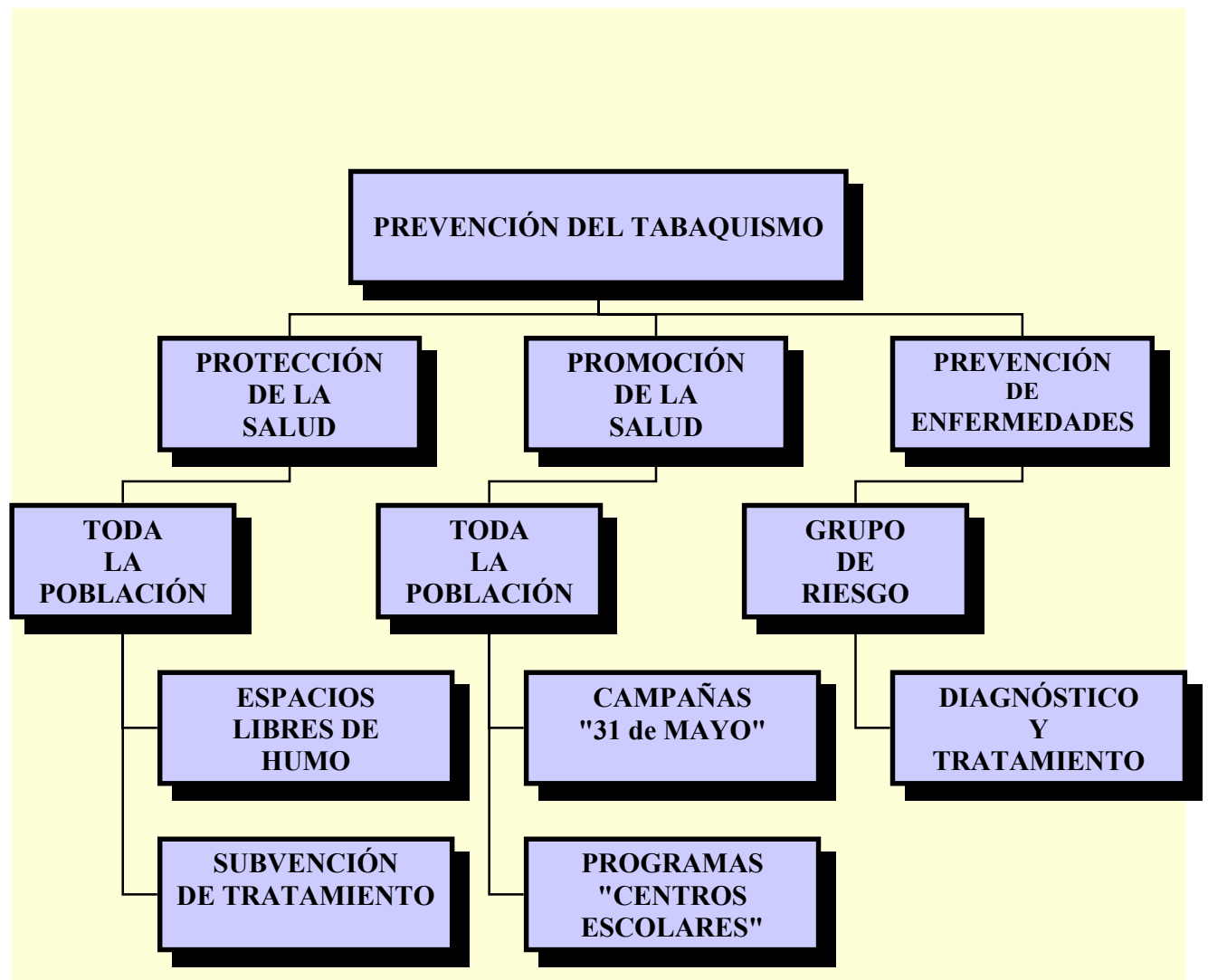


FIGURA 2:

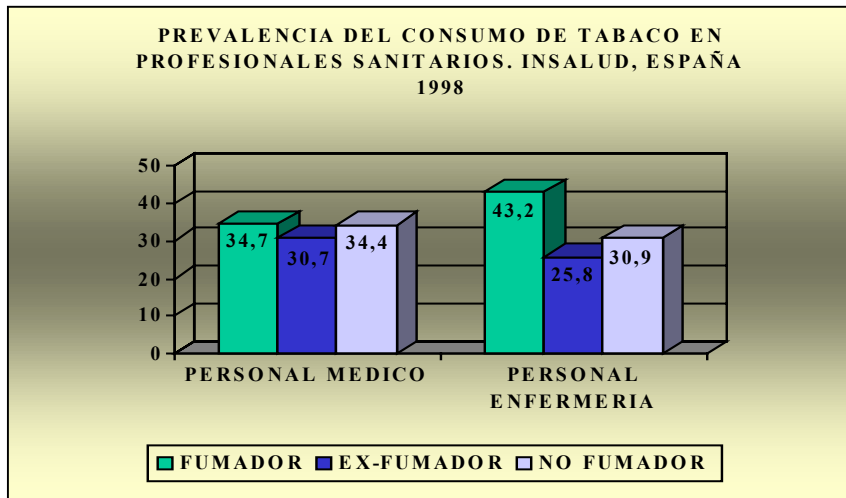


FIGURA 3

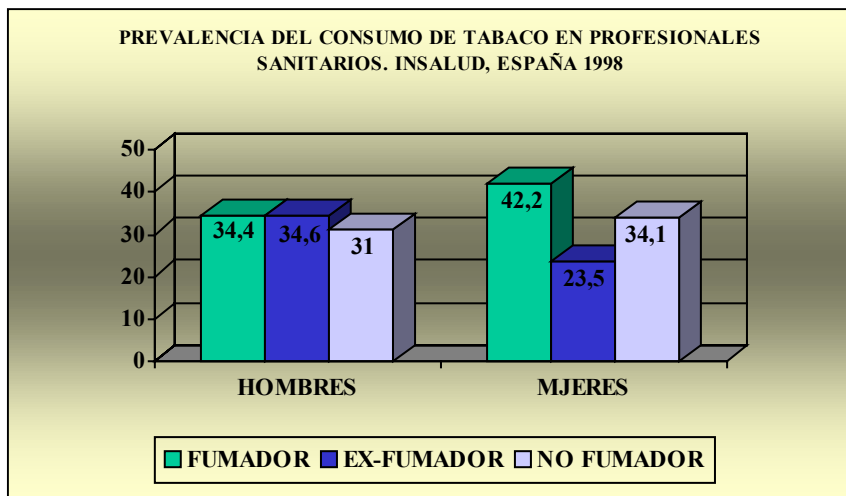


FIGURA 4

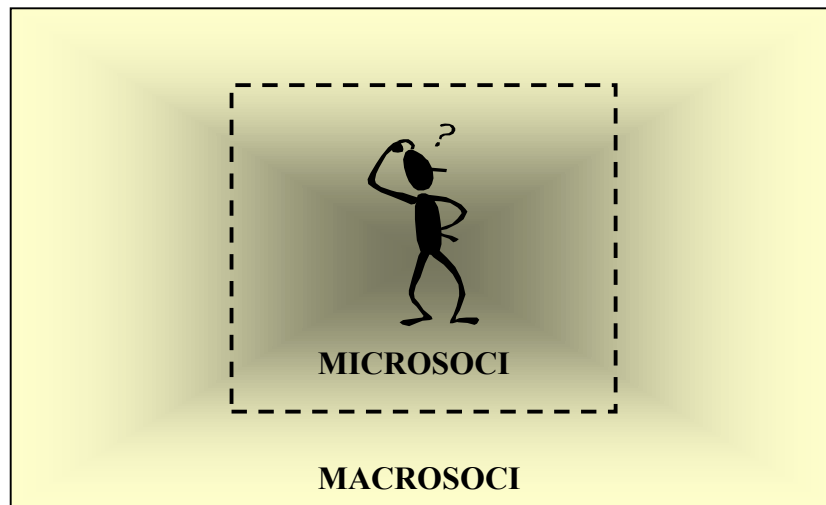


FIGURA 5

