



# Prevención del Tabaquismo



## SUMARIO

### Editorial

- Las Administraciones Públicas y la prevención del tabaquismo.
- Las Unidades Especializadas de tabaquismo y sus áreas de influencia.

### Originales

- Evaluación de los resultados obtenidos durante el primer año en la consulta de tabaquismo de la Clínica Puerta de Hierro.
- Encuesta de prevalencia y actitudes ante el tabaquismo de los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca.
- El Proyecto ESFA en Barcelona: Un programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes.

### Artículo especial

- Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo.

### Revisión

- La intervención antitabáquica del médico en la escuela: Dilema entre voluntariado *versus* gabinete técnico.

### Tema de actualidad

- Tabaquismo y nuevas tecnologías de la información.
- Tabaquismo femenino. Informe Técnico del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña.

### Bibliografía comentada

### Cartas al Director

### Noticias

### Suplemento Especial

- 7º aniversario de Prevención del Tabaquismo. "Especial Día Mundial sin Tabaco".



# Prevención del Tabaquismo

Vol. 3 Núm. 2  
Junio 2001

ÁREA DE TABAQUISMO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA (SEPAR)



*Presidente:* S. Solano Reina

*Secretaria:* S. Florez Martín

*Vocales:* M. Barrueco Ferrero  
I. Hernández Del Rey  
J.J. Lorza Blasco  
A. Ramos Pinedo

## PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

### *Director*

C.A. Jiménez Ruiz

### *Director Adjunto*

M. Barrueco Ferrero

### *Comité de Redacción*

J.I. de Granda Orive  
I. Hernández Del Rey  
J.J. Lorza Blasco  
P.J. Romero Palacios  
S. Solano Reina

### *Coordinación Editorial*

C. Méndez Díez

### *Comité Científico*

J.R. Aguirre Martín-Gil (Madrid)  
B. Alonso de la Iglesia (S. de Compostela)  
F. Álvarez de Toledo (Oviedo)  
F. Álvarez Gutiérrez (Sevilla)  
J.L. Álvarez-Sala Walther (Madrid)  
F.J. Ayesta Ayesta (Santander)  
J.R. Banegas Banegas (Madrid)  
J. Bartol Nieto (Salamanca)  
E. Becoña Iglesias (S. de Compostela)  
J. Bonald de Falgas (Barcelona)  
Q. Cabra Soler (Barcelona)  
J.R. Calvo (Las Palmas)  
A. Cardoso (Portugal)

J.M. Carreras Castellet (Madrid)  
F. Carrión Valero (Valencia)  
T. Casamitjà Sot (Gerona)  
J.M. Catalán Sesma (Madrid)  
L. Clemente Jiménez (Zaragoza)  
R. Córdoba García (Zaragoza)  
J.L. de la Serna (Madrid)  
J. Delás Amat (Barcelona)  
J.L. Díaz-Maroto Muñoz (Guadalajara)  
C. Escudero Bueno (Oviedo)  
K.O. Fagerström (Suecia)  
C. Fernández Alonso (Valladolid)  
D. Flores Cerdán (Madrid)  
S. Flórez Martín (Madrid)  
J. Francisco Polledo (Madrid)  
P. Freour (Francia)  
J.F. García Gutiérrez (Granada)  
A. García Hidalgo (Cádiz)  
I. García Merino (Madrid)  
E. Gil López (Madrid)  
J.M. González de Vega (Granada)  
J. González Quintana (Barcelona)  
P. Hajek (Reino Unido)  
J.E. Henningfield (EEUU)  
M.A. Hernández Mezquita (Salamanca)  
M.P. Jiménez Santolaya (Logroño)  
A. Khalaf (Castellón)  
T. Kozak (R. Checa)  
M. Kunze (Austria)  
V. López García-Aranda (Sevilla)

J.C. March Cerdá (Granada)  
D. Marín Tuyá (Barcelona)  
M. Martín Baranera (Barcelona)  
E. Monsó Molas (Barcelona)  
M. Nebot Adell (Barcelona)  
I. Nerín de la Puerta (Zaragoza)  
H. Pardell Alentà (Barcelona)  
S. Pérez Castellanos (S. de Compostela)  
A. Pérez Trullén (Zaragoza)  
M.A. Planchuelo Santos (Madrid)  
A. Ramos Pinedo (Ciudad Real)  
T. Robledo de Dios (Madrid)  
M.J. Ruiz Pardo (Barcelona)  
I. Saiz Martínez- Acitores (Madrid)  
J. Sala Felís (Oviedo)  
E. Saltó i Cerezuela (Barcelona)  
T. Salvador Llivina (Madrid)  
I. Sampablo Lauro (Barcelona)  
L. Sánchez Agudo (Madrid)  
J. Sánchez Martos (Madrid)  
R. Sánchez Ocaña (Madrid)  
V. Sobradillo Peña (Bilbao)  
J. Toledo Pallarés (Zaragoza)  
P. Tonessen (Dinamarca)  
M. Torreiglesias (Madrid)  
F. Valladares (Madrid)  
A. Vega Fuente (San Sebastián)  
H. Vereá Hernando (La Coruña)  
J.L. Viejo Bañuelos (Burgos)  
J.R. Villalbí i Hereter (Barcelona)

**Edita:** Ediciones Ergon, S.A.  
C/ Arboleda, 1 - 28220 Majadahonda (Madrid)  
Tel. 91-636 29 30 - Fax 91-636 29 31  
ergon@ergon.es

Nº ejemplares: 30.000  
ISSN: 1576-1959  
Depósito Legal: M-9807-2000  
Impreso en papel libre de ácido

Con la colaboración de





# Prevención del Tabaquismo



Vol. 3 Núm. 2  
Junio 2001

## SUMARIO

### EDITORIAL

- 53 Las Administraciones Públicas y la prevención del tabaquismo. *J. García Cirac*
- 55 Las Unidades Especializadas de tabaquismo y sus áreas de influencia. *S. Solano Reina, C.A. Jiménez Ruiz*

### ORIGINALES

- 58 Evaluación de los resultados obtenidos durante el primer año en la consulta de tabaquismo de la Clínica Puerta de Hierro. *T. García Carmona, I. Millán Santos, M.J. Ferreiro Alvarez*
- 64 Encuesta de prevalencia y actitudes ante el tabaquismo de los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca. *M.A. Hernández-Mezquita, M.J. García Cirac, A Calvo Sánchez, M.J. García del Castillo, M. Rodríguez Calderón, M. Torrecilla García*
- 70 El Proyecto ESFA en Barcelona: Un programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes. *C. Ariza, M. Nebot, M. Jané, Z. Tomás, H. De Vries*

### ARTÍCULO ESPECIAL

- 78 Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *C.A. Jiménez-Ruiz, J. Ayesta, M.A. Planchuelo, R. Abengoza, M. Torrecilla, A.M. Quintas, M. Hernández, E. de la Cruz, B. Ramos, J.M. Romero, S. Alonso Viteri, I. de Granda, C. Méndez, F. Camaralles, S. Solano, y el grupo SEDET*

### REVISIÓN

- 86 La intervención antitabáquica del médico en la escuela: Dilema entre voluntariado *versus* gabinete técnico. *A. Pérez Trullén, M<sup>a</sup> L. Clemente Jiménez, R. Marrón Tundidor*

### TEMA DE ACTUALIDAD

- 94 Tabaquismo y nuevas tecnologías de la información. *J.Toledo Pallarés*
- 99 Tabaquismo femenino. Informe Técnico del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña. *H. Pardell, E. Saltó, M. Jané, L. Salleras*

- 101 BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

- 110 CARTAS AL DIRECTOR

- 114 NOTICIAS

### SUPLEMENTO ESPECIAL

- S 7º aniversario de Prevención del Tabaquismo. "Especial Día Mundial sin Tabaco"



## SUMMARY

### EDITORIAL

- 53 Public Administrations and smoking prevention . *J. García Cirac*
- 55 Specialized smoking prevention units and their areas of influence. *S. Solano Reina, C.A. Jiménez Ruiz*

### ORIGINALS

- 58 Assessment of the results obtained during the first year in the Tobacco Prevention Consultation Units in the “Clínica Puerta de Hierro”. *T. García Carmona, I. Millán Santos, M.J. Ferreiro Alvarez*
- 64 Survey of prevalence and attitudes regarding smoking among the workers in the Salamanca City Hall. *M.A. Hernández-Mezquita, M.J. García Cirac, A Calvo Sánchez, M.J. García del Castillo, M. Rodríguez Calderón, M. Torrecilla García*
- 70 The ESFA Project in Barcelona: A community program to prevent smoking in the young persons. *C. Ariza, M. Nebot, M. Jané, Z. Tomás, H. De Vries*

### SPECIAL ARTICLE

- 78 Recommendations of the Spanish Society of Specialists on Smoking Addiction (SEDET) on the drug treatment in smoking addiction. *C.A. Jiménez-Ruiz, J. Ayesta, M.A. Planchuelo, R. Abengoza, M. Torrecilla, A.M. Quintas, M. Hernández, E. de la Cruz, B. Ramos, J.M. Romero, S. Alonso Viteri, I. de Granda, C. Méndez, F. Camarelles, S. Solano, y el grupo SEDET*

### REVIEW

- 86 Antismoking intervention by the physician in the school: Dilemma between voluntary workers versus technical team. *A. Pérez Trullén, M<sup>a</sup> L. Clemente Jiménez, R. Marrón Tundidor*

### STATE OF THE ARTS

- 94 Smoking addiction and new information technologies. *J.Toledo Pallarés*
- 99 Female smoking habit. Technical report of the Health Care and Social Security Department of the Regional Government of Catalonia. *H. Pardell, E. Saltó, M. Jané, L. Salleras*

### 101 COMMENTED BIBLIOGRAPHY

### 110 LETTERS TO THE EDITOR

### 114 NEWS

### SPECIAL SUPPLEMENT

- S 7<sup>th</sup> anniversary of Prevention of Smoking: “Special World Day without Tobacco”

## Las Administraciones Públicas y la prevención del tabaquismo

J. García Cirac

*Concejal de Salud Pública y Asuntos Sociales. Exmo. Ayuntamiento de Salamanca.*

---

En el momento actual existe gran acuerdo a la hora de presentar el consumo de tabaco como la primera causa de pérdida de salud en los países desarrollados, así como su importancia como causa de muerte prematura y evitable<sup>1</sup>. Se constituye el tabaquismo, por tanto, como uno de los principales problemas de salud pública, susceptible de prevención<sup>2</sup>.

A partir de este análisis parece plenamente justificada la introducción en la agenda política de nuestras administraciones públicas del problema del tabaquismo, tratando de contribuir a la consecución de unos mejores niveles de salud de los ciudadanos. Con la introducción del tabaquismo dentro de las prioridades de actuación política se inicia un desarrollo normativo que configura el marco legal en que se desenvuelve nuestra actuación presente y futura.

El marco legal comienza en nuestra Constitución, que en su artículo 43 recoge el derecho de las personas a la protección de la salud y la obligación de las autoridades de organizar las medidas preventivas y los servicios necesarios. La concreción del mandato constitucional tiene lugar a través de la Ley General de Sanidad, donde se definen algunas líneas de actuación directamente relacionadas con el tema a que nos venimos refiriendo.

Por una parte el desarrollo de la salud laboral, promoviendo la salud integral de los trabajadores y resaltando la importancia de la participación de estos, a través de sus organizaciones representativas, y por otra la promoción de

la salud de los ciudadanos, su educación sanitaria y la prevención de la enfermedad.

No debemos finalizar este somero recorrido sin referirnos a la importancia de la legislación específica que regula la venta y consumo de tabaco, así como la que sobre prevención y asistencia a drogodependientes han ido aprobando las diferentes comunidades autónomas y entidades municipales<sup>3-4</sup>.

Podemos deducir por tanto que en este momento existe un amplio marco legal, que desafortunadamente no tiene una correspondencia en el grado de cumplimiento que de la legislación se produce<sup>5</sup>, lo que hace más importante seguir perseverando en la sensibilización de los ciudadanos y especialmente en aquellos que tienen una función ejemplarizante y de liderazgo.

De forma paralela es necesario resaltar la existencia de programas cuya efectividad ha sido probada, de manera que podemos afirmar que existen posibilidades reales de enfrentarse al problema del tabaquismo. Todo esto nos lleva a la conclusión de la necesidad de implementar planes y programas de actuación que desde el ámbito laboral contribuyan a disminuir el impacto del tabaquismo sobre la salud de la población<sup>6</sup>.

Desde este planteamiento, hemos puesto en marcha en nuestro ayuntamiento, al igual que han realizado otras instituciones municipales<sup>7</sup>, con el apoyo y la ayuda de la comisión de salud laboral en la que se encuentran representados las organizaciones de los trabajadores, un programa destinado a conseguir un ayuntamiento sin humos, que quiere conseguir un mejor clima laboral, el respeto a los ciudadanos que acuden a nuestros servicios y la ayuda a aquellos de nuestros trabajadores fumadores que han decidido dejar de serlo. Este programa incluía una campaña de sensibilización destinada a todos los trabajadores y un programa

---

*Correspondencia:* Josefa García Cirac. Concejalía de Salud Pública y Asuntos Sociales. Exmo. Ayuntamiento de Salamanca. C/ Zamora s/n. 37001 Salamanca

*Recibido:* 22 de enero de 2001. *Aceptado* 5 de febrero de 2001  
[Prev Tab 2001; 3(2): 53-54]

de tratamiento basado en el apoyo mediante consejo médico y tratamiento farmacológico individualizado de todos aquellos trabajadores fumadores que deseaban realizarlo.

Creemos de gran importancia la puesta en marcha de este tipo de programas entre los trabajadores de la administración pública por diversas razones: por su carácter ejemplarizante en relación con el resto de las organizaciones y empresas, por su impacto en la sensibilización de los ciudadanos en general que visitan a diario nuestros servicios, por la coordinación que necesita y genera entre los diferentes agentes de salud que dentro de la institución han de ponerse en marcha, y por establecer mecanismos de colaboración. Esto crea un clima favorable al desarrollo del programa y hace que se facilite la consecución del objetivo de conseguir un ayuntamiento sin humos, y por último, porque profundiza en el cumplimiento de la legislación ya existente, haciendo más real su implantación, sin generar un clima de agresividad entre fumadores y no fumadores, ofreciendo a estos una línea de ayuda en la superación de su problema.

Desde el Ayuntamiento de Salamanca queremos invitar por tanto a las diferentes administraciones públicas a liderar este esfuerzo, desde su consideración de empresas, en la mejora de la salud de sus trabajadores, que redundará también en un mejor servicio a los ciudadanos y en unas ciudades más saludables, y que podrá servir también de estímulo a asociaciones y empresas privadas para iniciar el mismo camino.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Banegas JR, Rodríguez F, Martín- Moreno JM, González J, Villar F y Guasch A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clin (Barc)* 1993;101: 644-649.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Se puede lograr. Una Europa libre de tabaco. Informe de la primera Conferencia Europea sobre Política del Tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
3. Real Decreto 192/1989 sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población. *BOE* 9 de Marzo 1988; 7499-7501.
4. Real Decreto 1911/1999, de 17 de Diciembre de 1999, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008. *BOE* nº 313 de 31 de Diciembre de 1999; 46506-46525.
5. Cordovilla R, Barrueco M, González Ruiz JM, Hernández MA, De Castro J, Gómez F. Cumplimiento de la legislación antitabaco en instituciones oficiales. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 320-324.
6. Nerín I, Guillen D, Más A, González A. García A. Intervenciones sobre tabaquismo en el mundo laboral. *Prev Tab* 2000; 2: 113-120.
7. Programa de intervención sobre el hábito tabáquico en el ámbito laboral. Plan Municipal sobre Drogodependencias. Ayuntamiento de Murcia; 1999.
9. Salleras L, Pardell H, Saltó E, Martín G, Serra L, Plans P, et al. Consejo antitabaco. *Med Clin (Barc)* 1995;104: 49-53.
10. Barrueco M. Consejo Medico Antitabaco. *Prev Tab* 2000; 2:3-4.

## Las Unidades Especializadas de tabaquismo y sus áreas de influencia

S. Solano Reina<sup>1</sup>, C.A. Jiménez Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología H.G.U. "Gregorio Marañón". <sup>2</sup>Unidad de Tabaquismo. Servicio de Neumología H.U. de la Princesa.

Actualmente el tabaquismo origina un problema de Salud Pública de tal relevancia que ha planteado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo haya considerado como una de las más graves amenazas para la Salud Mundial en el actual milenio. Se considera el tabaquismo como la principal causa evitable de enfermedad y muerte prematura en los países occidentales. Cada año los productos del tabaco son responsables de 1,2 millones de muertes (14% de todos los fallecimientos) en la Comunidad Europea. Se prevé que a menos que se adopten medidas más estrictas, los productos del tabaco serán responsables de 2 millones de muertes anuales en Europa<sup>1</sup> (20% de todos los fallecimientos) para el año 2020.

Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud<sup>2</sup> (1997), la prevalencia de tabaquismo entre la población española de más de 16 años fue de 35,7%. En España, el tabaco ha ocasionado la muerte de 621.678 personas durante el periodo 1978-1992, lo que significa el 14% de la tasa de mortalidad global anual. En este mismo periodo, las muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco, en población a partir de 35 años han pasado de 37.259 a 46.226, lo que representa un 24% de aumento de la mortalidad debida al tabaquismo. Un tercio de estas muertes fueron prematuras (entre población de 35 a 64 años), con la consiguiente pérdida en años potenciales de vida (entre 10 y 20 años<sup>3</sup>).

El tabaco es una carga económica muy importante para los individuos, familias y la sociedad en general. Según un balance global analizado por el Banco Mundial<sup>4</sup>, los productos del tabaco causan una pérdida económica mundial

de por lo menos 200.000 millones de dólares USA al año (equivalente a 32 billones de pesetas). Estos costes indirectos del tabaquismo vienen derivados fundamentalmente de los gastos sanitarios, la pérdida de productividad generada por el aumento de la morbilidad, invalideces, muertes prematuras y los costes derivados de los incendios y daños a la propiedad.

Hoy día se considera el tabaquismo como una enfermedad crónica, que afecta al sistema respiratorio<sup>5</sup>, cardiovascular<sup>6</sup> y que puede generar procesos neoplásicos de diferente localización en el organismo<sup>7</sup>. Por tanto la reducción del consumo y el tratamiento del tabaquismo al igual que cualquier otra enfermedad crónica debe ser considerada como una medida de Salud Pública de extraordinaria importancia, con notable relevancia tanto para la salud como en las pérdidas económicas.

El Sistema Nacional de Salud debería ofrecer ayuda e intervenciones prácticas a todos los fumadores, independientemente de su nivel económico, edad y sexo. Estos esfuerzos deberían comprender, la prevención y el tratamiento de la adicción a la nicotina en los niños y adolescentes, adultos sanos, embarazadas, portadores de enfermedades crónicas, regular el consumo de tabaco en los lugares públicos, prevenir el tabaquismo pasivo y la facilitación de estrategias terapéuticas cuando sea necesario.

En los últimos años está aumentando la preocupación social por los problemas de salud derivados del consumo de tabaco y también la Sociedad cada día más, está demandando una atención sanitaria específica en ayuda para dejar de fumar. Los Gobiernos tanto del Estado, como de las Comunidades Autónomas se están sensibilizando en la problemática del tabaquismo y se están iniciando Planes Regionales de Control y Prevención del Tabaquismo, lo que va a dar lugar de la aparición de Planes de Tratamiento y Ayuda al Fumador. También cada día se oye hablar más de

*Correspondencia:* Segismundo Solano Reina. Servicio de Neumología. Hospital Gregorio Marañón. C/ Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid.

*Recibido:* 20 de marzo de 2001. *Aceptado:* 30 de marzo de 2001  
[Prev Tab 2001; 3(2): 55-57]

las Unidades Especializadas de Tabaquismo, las necesidades que hay sobre las mismas, su organización, cuales deben ser sus prioridades, funciones y objetivos, sin que hasta la fecha exista nada reglamentado específicamente al respecto.

En nuestra opinión, la influencia de las Unidades Especializadas de Tabaquismo se debería proyectar en torno a estos cuatro amplios marcos de actuación:

A) *Prevención del comienzo del consumo de tabaco.* La prevención del inicio del consumo de tabaco en jóvenes y adolescentes se debe desarrollar fundamentalmente en el ámbito escolar y familiar. Aunque se ha demostrado que para desarrollar programas eficaces que ayuden a los jóvenes a seguir siendo no fumadores se necesita mucho más que el enfoque tradicional de la educación sanitaria, y es preciso además crear un entorno de apoyo, por ejemplo, prohibiendo fumar en los lugares públicos. Este enfoque amplio necesita también el soporte de políticas públicas activas.

Para lograr reducir el consumo de tabaco en los jóvenes es necesaria una educación eficaz que mejore los conocimientos y permita a los jóvenes desarrollar recursos personales y sociales adecuados para ofrecer resistencia a las numerosas presiones que inducen a fumar. Los elementos decisivos para que estos programas educativos tengan éxito son los siguientes:

- Proporcionar información relevante sobre las consecuencias a corto plazo para la salud.
- Ayudar a los jóvenes a desarrollar recursos personales y sociales que les ayuden a hacer frente a las presiones favorables al tabaquismo (marketing, publicidad).
- Utilizar distintos métodos de comunicación que combinen la relación personal con la comunicación masiva.
- Apoyar la formación de profesores y otros trabajadores sociales.
- Desarrollar y difundir materiales informativos de apoyo de buena calidad.
- Apoyar tanto a quienes no desean adquirir el hábito como a los jóvenes que quieren abandonarlo

La creación de un *entorno apropiado de apoyo* es vital para que los programas de educación sobre tabaquismo sean eficaces. Los elementos claves de tales programas son los siguientes:

- Reducir el consumo de tabaco entre los adultos.
- Hacer que los padres participen en la educación sobre tabaquismo para reforzar el trabajo realizado en las aulas.
- Desarrollar políticas escolares sobre control del consumo de tabaco que afecten tanto a los profesores como a los alumnos.

- Promulgar leyes que limiten la venta de tabaco a los jóvenes.
- Prohibir la publicidad de los productos del tabaco.
- Adoptar una política de precios que haga la compra de tabaco poco atractiva para los jóvenes.

Los datos disponibles indican claramente que los mayores avances se logran cuando hay colaboración entre organizaciones públicas y privadas preocupadas por el control del tabaquismo, y cuando padres, profesores, profesionales sanitarios y los propios jóvenes participan plenamente en el proceso.

B) *Ambientes sin humo.* La legislación para controlar el consumo de tabaco en lugares públicos y en los lugares de trabajo está orientada a evitar y eventualmente eliminar los riesgos de la exposición involuntaria a la contaminación ambiental por humo de tabaco y proteger el derecho de las personas no fumadoras a disfrutar de espacios públicos y laborales sin humo. La legislación también ayuda a evitar que los jóvenes fumen, pues con ella se transmite la idea de que fumar es un acto socialmente inaceptable y proporciona ayuda al gran número de fumadores que quieren dejar el hábito. Las restricciones legales sobre las ventajas de crear ambientes comunes sin humo necesitan ser apoyadas a través de programas educativos y de defensa de las mismas por la población general, profesionales sanitarios y por supuesto, los políticos.

En nuestro País los Reales Decretos 192/1988 (BOE nº 59 de 9-III-88) y posteriormente con las modificaciones del Real Decreto 1293/1999 (BOE nº 188 de 7-VIII-99) sobre el anterior, constituyen la legislación vigente actual que regula las limitaciones de la venta y consumo de tabaco para protección de la salud de la población.

C) *Ayuda para dejar de fumar.* Abandonar el consumo de tabaco en cualquier momento de la vida proporciona beneficios inmediatos y beneficios evidentes a largo plazo para la salud. Numerosas encuestas muestran que cerca del 70% de los fumadores afirman que les gustaría dejar de fumar. Intervenciones mínimas en atención primaria resultan eficaces y rentables para ayudar al abandono del tabaco<sup>9</sup>, con tasas de abandono entre el 5% y el 10%. Estos índices de abandono se pueden duplicar y a veces triplicar con el empleo de la terapia farmacológica. Las intervenciones más intensas y selectivas, con sesiones de seguimiento, provocan una mayor motivación para el cambio, y logran mayores tasas de éxito, que oscilan entre el 20% y el 40%.

En la actualidad disponemos de fármacos que han demostrado su utilidad en el tratamiento del tabaquismo, avalados por numerosas guías terapéuticas<sup>10-12</sup> que acreditan su eficacia y han demostrado su evidencia científica. Estos fármacos pueden ser derivados de la nicoti-



na (chicle, parche, inhalador bucal y spray nasal) o anti-depresivos (bupropión). Cuando se combina la terapia farmacológica con el apoyo psicológico ya sea individual o de grupo, se mejoran sustancialmente los porcentajes de éxito, de ahí que la mejor práctica sea el uso combinado de ambos<sup>13</sup>. En este número de PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO se describen dos experiencias que demuestran como este tipo de intervenciones son realmente eficaces<sup>14,15</sup>.

D) *Dimensión educativa o formativa*. Por otra parte se ha comprobado que aquellos profesionales sanitarios que han sido formados adecuadamente tienen más posibilidades de implicarse en actividades relacionadas con el control y tratamiento del tabaquismo con índices de éxito más elevados y con mejores resultados que aquellos que no reciben formación alguna. Por lo que esta *dimensión educativa o formativa* sería otro aspecto que las Unidades Especializadas de Tabaquismo podrían ejercitar.

A los Programas de salud y Servicios de Atención Sanitaria, en la mayoría de los países occidentales se les exige un mínimo de calidad y un estudio de coste/efectividad. Creemos que el control de calidad y los estudios de coste-efectividad debería ser tenido en cuenta también en el tratamiento de la dependencia tabáquica. La necesidad de control de calidad en ese caso es obligada por varias razones. En primer lugar, cada vez existen más opciones de tratamiento eficaz y los usuarios deberían tener la seguridad de que se les está ofreciendo el mejor, el más seguro y el más efectivo. En segundo lugar, estos nuevos fármacos presentan efectos adversos, lo que requiere un cuidadoso conocimiento de las contraindicaciones e interacciones con otras drogas. En tercer lugar, el uso de terapia combinada incluye más de una medicación, lo que incrementa la complejidad del tratamiento y son pocos los médicos que están adecuadamente entrenados para el manejo de estas terapias, en parte a causa de que la dependencia a la nicotina no forma parte habitualmente del programa de pregrado de las Facultades de Medicina<sup>16</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco 1997-2001. OMS (Oficina Regional para Europa) y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1999.
2. Encuesta Nacional de Salud (1997). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1978.
3. Banegas Banegas JR, Rodriguez Artalejo F, Martin Moreno JM, González Enriquez J, Villar Álvarez F, Guasch Aguilar A. Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 644-649.
4. Barnum H. Priorities for controlling the global economic impact of tobacco. En Yach D, Harrison S (eds.). *Actas de la Conferencia Panafricana sobre Tabaco o Salud*, 14-17 de Noviembre, 1993. Harare, Zimbabwe.
5. US Public Health Service. The health consequences of smoking: Chronic obstructive lung disease. A report of the Surgeon General. Washington DC (DHHS); 1984.
6. US Public Health Service. The health consequences of smoking: Cardiovascular disease. A report of the Surgeon General. Washington DC (DHHS); 1983.
7. US Public Health Service. The health consequences of smoking: Cáncer. A report of the Surgeon General. Washington DC (DHHS); 1982.
8. Planificación de una generación sin tabaco. *Europa sin tabaco*: 6. OMS, 1988.
9. Solano S, De Lucas P, Flórez S, Ramos A, Prieto E, Perelló O, Jiménez CA. Intervención mínima en la deshabituación tabáquica. *Neumomadrid-par* 1999; 2: 215-229.
10. 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 Service Report. *JAMA* 2000; 283: 3244-3254.
11. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999.
12. Jimenez Ruiz CA, Solano S, Gonzalez de Vega JM, Ruiz MJ, Florez S, Ramos A. et al. Normativa SEPAR sobre tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999, 335:499-506.
13. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321: 355-358.
14. Hernández-Mezquita MA, García Cirac MJ, Calvo Sánchez A, García del Castillo MJ, Reyes Calderón M, Torrecilla García M. Encuesta de prevalencia y actitudes ante el tabaquismo de los funcionarios del Ayuntamiento de Salamanca. *Prev Tab* 2001; 3(2):64-69.
15. García Carmona T, Millán Santos I, Ferreiro Alvarez MJ. Evaluación de los resultados obtenidos durante el primer año en la consulta de tabaquismo de la Clínica Puerta de Hierro. *Prev Tab* 2001;3(2):58-63.
16. Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *JAMA* 1999; 282: 825-829.

# Evaluación de los resultados obtenidos durante el primer año en la consulta de tabaquismo de la Clínica Puerta de Hierro

T. García Carmona<sup>1</sup>, I. Millán Santos<sup>2</sup>, M.J. Ferreiro Alvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Consulta de Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Bioestadística. Hospital Puerta de Hierro. Madrid

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo del estudio ha sido analizar los resultados obtenidos durante el primer año de funcionamiento de la Consulta de Tabaquismo del Servicio de Neumología de la Clínica Puerta de Hierro. Se trata de una consulta de diagnóstico y tratamiento individualizado del tabaquismo, en la que se utiliza terapia combinada de apoyo psicológico mínimo y tratamiento farmacológico con terapia sustitutiva con nicotina. Los fumadores fueron trabajadores del propio hospital y pacientes del área sanitaria VI de Madrid.

**Población y Métodos:** La metodología de la consulta se ha ajustado a las recomendaciones del área de tabaquismo de la SEPAR utilizando las técnicas diagnósticas recomendadas que incluyen el estudio de la fase de abandono, el grado de dependencia de la nicotina y el grado de tabaquismo. La valoración de la abstinencia se hace en porcentajes absolutos y por el método de probabilidades de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se han estudiado un total de 106 fumadores. De ellos 39 se diagnosticaron como "contempladores" (55% hombres y 45% mujeres) con una edad media de 51,29±11,1 años, y con un promedio de 26,8 ± 10,22 cigarrillos/día y 6,42 ± 1,88 puntos de media en el test de Fagerström. Sesenta y siete pacientes se encontraban en "fase de acción" (49,3% hombres y 50,7% mujeres) de 46,8 ± 8,76 años de edad, fumaban una media de 25,5 ± 10,22 cigarrillos/día y tenían una media de 6 ± 1,88 puntos en el test de Fagerström. El seguimiento de los pacientes se realizó durante un año.

**Conclusiones:** De los fumadores que acudieron a la consulta hace un año, el 36,8% fueron diagnosticados como contempladores y el 63,2% en fase de acción. De éstos el 58,6% estuvieron abstinentes seis meses y el 37,9% siguen abstinentes después de un año de seguimiento. La probabilidad de abstinencia según Kaplan Meier ha sido del 48% a los seis meses y del 32% al cabo del año.

**Palabras clave:** Tabaquismo; Nicotina; Tratamiento.

*Correspondencia:* Dra. T. García Carmona. Consulta de Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital Puerta de Hierro. San Martín de Porres Nº 4. 28035 Madrid.

*Recibido:* 18 de diciembre de 2000. *Aceptado:* 24 de febrero de 2001  
[Prev Tab 2001; 3(2): 58-63]

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to analyze the results obtained during the first year of the Tobacco Prevention Consultation Unit within the Pneumology Service of the "Clínica Puerta de Hierro." This is a consultation for diagnosis and individualized treatment for tobacco addiction, in which combined treatment with minimum psychological support and drug treatment with nicotine substitution therapy are used. The smokers were workers within the hospital itself and patients from the Health Care VI Area in Madrid.

**Population and Methods:** The consultation methodology has been adapted to the SEPAR smoking prevention area recommendations using the diagnostic techniques recommended. These include the study of withdrawal phase, degree of nicotine addiction, and degree of smoking addiction. Assessment of abstinence was made with absolute percentages and using the Kaplan-Meier probabilities method.

**Results:** A total of 106 smokers were studied. 39 of them were diagnosed as in the "contemplation" stage (55% men and 45% women) with a mean age of 51.29±11.1 years, and an average age of 26.8 ± 10.22 cigarettes/day and a mean of 6.42 ± 1.88 points for the Fagerström test. Sixty seven patients were in the "action stage" (49.3% men and 50.7% women) with a mean age of 46.8 ± 8.76 years; they smoked a mean of 25.5 ± 10.22 cigarettes/day and had a mean of 6 ± 1.88 points for the Fagerström test. The patients were followed-up for one year.

**Conclusions:** 38.6% of the smokers who came to the consultation one year ago were diagnosed as "contemplating" giving up smoking and 63.2% in the action stage. Of these, 58.6% had abstained from smoking for six months and 37.9% continued to abstain from smoking after one year of follow-up. The probability of abstinence according to Kaplan Meier was 48% at six months and 32% at the end of one year.

**Key words:** Smoking addiction; Nicotine; Treatment

## INTRODUCCIÓN

En la década de los años setenta se reconoce a la nicotina como la droga causante de la adicción que crean los

cigarrillos y al consumo de tabaco como una drogadicción<sup>1,2</sup>. A partir de entonces se han ido estableciendo las bases del tratamiento del tabaquismo y se ha llegado a cierto grado de consenso, reconociendo que el tratamiento del tabaquismo requiere un abordaje multidisciplinar que incluye tratamiento farmacológico y psicológico<sup>3-7</sup>.

En España diversos grupos de trabajo han contribuido a esclarecer y desarrollar el tratamiento adecuado del tabaquismo<sup>3-5,7,8</sup>, siendo la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) la pionera en este tipo de actividad, ya en 1995 publicó la "Normativa de Tratamiento del Tabaquismo"<sup>9</sup>. Estos y otros trabajos de distintos autores españoles han contribuido a una labor de concienciación de la sociedad española en general y de las autoridades sanitarias en particular, y han conseguido que el Ministerio de Sanidad y Consumo considere entre sus objetivos de calidad el abordaje del tabaquismo.

En 1998 Ministerio de Sanidad organizó en el territorio Insalud el programa "Prevención del tabaquismo en profesionales sanitarios" que bajo el lema "Corta por lo sano" animaba a dichos profesionales a dejar de fumar y les concienciaba a dar el consejo sanitario respecto al tabaco. En nuestro hospital, que pertenece a la red INSALUD, se implantó el programa, por lo que comenzamos con una Consulta de Tabaquismo como complemento lógico del mismo.

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de la consulta derivada de dicho programa después de un año de funcionamiento.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se trata de una consulta individualizada, basada en el tratamiento combinado de terapia sustitutiva con nicotina (T.S.N) y apoyo psicológico mínimo. La eficacia de este tipo de tratamiento está suficientemente demostrada en la bibliografía<sup>3,4,6,10</sup> y se adapta por completo a los recursos, tanto humanos, como de espacio de que disponemos.

Los fumadores acuden a la consulta previa petición de cita. En la primera visita reciben información acerca de los efectos nocivos del tabaco y se les valora su "fase de abandono" según el esquema de Prochaska<sup>11</sup>.

A los fumadores en fase de "precontemplación" se les aconseja dejar de fumar y se les dan pautas para pasar a fases más avanzadas en este proceso; reciben un folleto informativo y se les indica que cuando lo crean conveniente, en función de su progreso en las fases del proceso de abandono del tabaco vuelvan a pedir cita.

A los fumadores en fase de "contemplación" y de "preparación", también se les aconseja dejar de fumar. Se les

dan dos folletos: "Razones para dejar de fumar" y "Guía práctica para dejar de fumar". Se explica la metodología de nuestra consulta y se les aconseja volver cuando estén dispuestos a iniciar la fase de acción.

A los fumadores en disposición de iniciar esta fase de "acción", se les da, además de todo lo anterior, el test de Russell, una hoja de registro de cigarrillos y una guía personalizada basada en el decálogo para dejar de fumar de la SEPAR<sup>9</sup>, en la cual figura la fecha de abandono. Se fija una nueva cita a la cual han de acudir con todo lo anterior realizado.

En la segunda visita, que es la habitualmente denominada visita basal, se recogen los documentos que se habían entregado previamente al paciente y se hace la historia clínica y de tabaquismo, se valora grado de adicción y de tabaquismo y se implanta el tratamiento farmacológico, si es necesario, según la normativa SEPAR. Los fumadores reciben el apoyo psicológico y conductual oportuno siempre, independientemente de que sea necesario o no el tratamiento farmacológico.

Se ha realizado un seguimiento repetido del paciente. Las revisiones cuyos resultados son objeto de estudio en esta publicación son las correspondientes a: primera semana, primer, tercer, sexto y duodécimo meses.

A efectos diagnósticos y de acuerdo al protocolo elegido, definimos a los contempladores como: fumadores, que en la primera consulta se les diagnosticó en fase de "acción", se les dio cita para la consulta basal, y no acudieron a ella y aquellos otros fumadores clasificados inicialmente como en fase de acción que aún habiendo asistido a la visita basal en la que señalaron fecha de abandono, no volvieron a la consulta. Definimos como fumadores en fase de acción a aquellos que en la primera visita se les diagnosticó en fase de acción, señalaron día D y acudieron a la primera revisión.

A todos se les realizó la historia clínica: se realizó una historia clínica escueta en la que se pregunta el motivo de haber acudido a la consulta. Se toma la tensión arterial y se pesa al fumador. Se realiza historia de tabaquismo que recoge: número de cigarrillos/día, número de años de fumador y número de intentos previos de abandono. Para completar la historia tabáquica se utilizaron otros métodos diagnósticos: para la fase de abandono se utilizó el esquema de Prochaska<sup>11</sup>; realizamos el test de Russell<sup>12</sup>, test del síndrome de abstinencia<sup>8</sup> y registro de cigarrillos. Se valoró el grado de dependencia de la nicotina utilizando el test de Fagerström modificado<sup>13</sup>.

El grado de tabaquismo se valoró mediante la determinación del monóxido de carbono (CO) en aire espirado. Hemos empleado un cooxímetro tipo Micro-smokerlyzer (Modelo Micro CO, marca Micro Medical Limited, Kent, Reino Unido). Es un sistema portátil cuyo rango de detec-

Sexo		Edad paciente	Años de fumador	Nº intentos previos	Nº cigarrillos/día actualidad	Cooximetría actual	Test Fagerström
H	N	20	20	22	22	20	20
	Media	51,4500	36,1500	3,7273	28,6364	21,4500	6,9000
	Desv. típica	10,6942	11,2870	3,9180	10,9307	11,6007	1,8035
	Mínimo	21	8	0	5	5	3
	Máximo	66	54	12	50	48	10
M	N	11	11	18	17	18	18
	Media	51	32,4545	2,1667	24,4118	18,9444	5,8889
	Desv. típica	12,5778	12,2667	1,6891	8,9935	10,3325	1,8752
	Mínimo	30	10	0	10	2	3
	Máximo	72	56	6	40	39	9
Total	N	31	31	40	39	38	38
	Media	51,2903	34,8387	3,0250	26,7949	20,2632	6,4211
	Desv. típica	11,1899	11,5790	3,1824	10,2268	10,9438	1,8835
	Mínimo	21	8	0	5	2	3
	Máximo	72	56	12	50	48	10

TABLA I. Características demográficas y de tabaquismo del grupo de contempladores. (H: hombres; M: mujeres; N: número).

ción es de 0 a 50 partes por millón (p.p.m), con una sensibilidad de 0,1 p.p.m y un tiempo de respuesta de 30 segundos. El aparato se calibra de forma manual cada tres meses, con una botella de calibración certificada que suministra la citada casa comercial, y que contiene una mezcla de 50 p.p.m. de CO en nitrógeno. A efectos de establecer nuestros propios valores de normalidad los hemos obtenido en un estudio previo realizado en 60 adultos sanos no fumadores, trabajadores de la Clínica Puerta de Hierro. Se ha encontrado un valor medio de CO espirado de 3,7 p.p.m. con una desviación estándar de 0,7. La variabilidad interindividual en los distintos días de medición fue de 0,1 p.p.m. No existieron diferencias significativas entre sexos, ni en relación con la edad.

A efectos de valorar la abstinencia consideramos a una persona como fumadora sí fuma 1 o más cigarrillos/ día y sus concentraciones de CO en aire espirado son superiores a 7 p.p.m. y como no fumadora cuando lo declara verbalmente y su concentración de CO en aire espirado es igual o inferior a 6 p.p.m.

#### Análisis estadístico

Los resultados se presentan en tablas en las que figuran el número de casos, el rango, la media, y la desviación típica. Para comparar las variables categóricas se utilizó la prueba de  $\chi^2$  normal o  $\chi^2$  corregida por Yates en el caso de frecuencias esperadas  $< 5$ .

La probabilidad de abstinencia a lo largo del tiempo se calculó mediante el método del producto límite de Kaplan-

Meier<sup>14</sup> y la comparación de las curvas mediante el test de "log-rank".

El tiempo de abstinencia se define como el intervalo de tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento y doce meses para aquellos fumadores que se abstienen de fumar, o hasta que abandonan la consulta en aquellos fumadores que no se abstuvieron de fumar. Aceptamos como valor de significación una  $p < 0,05$ .

Los datos fueron tratados mediante el programa estadístico SPSS V. 9.0 en la Sección de Bioestadística de la Clínica Puerta de Hierro.

## RESULTADOS

Se han atendido un total de 106 fumadores de los cuales 52 eran pacientes del Hospital (pacientes CPH), 31 trabajadores del Hospital (personal CPH) y 23 pacientes del área sanitaria VI de Madrid. Al realizar el diagnóstico de fase de los 106 fumadores estudiados se diagnosticaron 39 como contempladores y 67 que se encontraban en fase de acción

Las características demográficas y de tabaquismo de los fumadores incluidos en el estudio se recogen en las tablas I y II. La tabla I recoge las características del grupo de contempladores formado por un 55% de hombres y un 45% mujeres, con una edad media de  $51,29 \pm 11,1$  años, fumadores de  $26,79 \pm 10,22$  cigarrillos/día. Presentaban una

Sexo		Edad paciente	Años de fumador	Nº intentos previos	Nº cigarrillos/día actualidad	Cooximetría actual	Test Fagerström
H	N	33	33	33	33	32	33
	Media	48	31,0909	4,0606	27,4242	22,5312	6,3636
	Desv. típica	10,0654	11,3781	3,2972	14,0580	15,5418	2,2888
	Mínimo	29	8	0	2	3	2
	Máximo	69	61	12	60	72	10
M	N	33	33	34	34	33	34
	Media	45,4545	27,6061	3,6176	23,5588	19,7576	5,6471
	Desv. típica	7,1811	6,7959	3,6015	11,4023	10,8254	2,1445
	Mínimo	37	16	0	6	2	1
	Máximo	65	40	12	60	45	9
Total	N	66	66	67	67	65	67
	Media	46,7273	29,3485	3,8358	25,4627	21,1231	6
	Desv. típica	8,7698	9,4633	3,4360	12,8303	13,3247	2,2293
	Mínimo	29	8	0	2	2	1
	Máximo	69	61	12	60	72	10

TABLA II. Características demográficas y de tabaquismo del grupo en fase de acción. (H: hombres; M: mujeres; N: número).

media de  $34,8 \pm 11,57$  años de evolución de su tabaquismo, y valores medios de CO de  $20,26 \pm 10,94$  p.p.m. y  $6,42 \pm 1,88$  puntos en el test de Fagerström.

En la tabla II se recogen también las características del grupo en fase de acción, integrado por un 50% de hombres y un 50% de mujeres, con una edad media de  $46,72 \pm 8,76$  años y fumadores de  $25,46 \pm 12,83$  cigarrillos/día. Fumadores durante  $29,34 \pm 9,46$  años, y un valor medio de  $21,1 \pm 13,32$  ppm de CO en aire espirado, con  $6 \pm 2,22$  puntos en el test de Fagerström.

En la tabla III se muestra el comportamiento porcentual de cada uno de los tres grupos en relación con el diagnóstico.

De los 39 contempladores 21 fueron enfermos del hospital, 5 trabajadores de CPH y 13 personal del área VI. Representan el 36,8% de los fumadores que acudieron a la consulta. y dentro de los tres grupos el del área ofrecía el mayor porcentaje de contempladores. De los 67 fumadores clasificados en el grupo en fase de acción, 31 eran enfermos de CPH, 26 personal de CPH y 10 del área, siendo el grupo del personal CPH el que mostró mayor número de fumadores en esta fase. Globalmente los fumadores en esta fase representan el 63,2% del total.

Los fumadores en fase de acción han sido 29; el 58,62% han mantenido la abstinencia durante seis meses y el 37,91% un año. La curva de probabilidad de abstinencia de los fumadores en fase de acción realizada por el método Kaplan-Meier se muestra en la figura 1. Como puede observarse esta probabilidad disminuye con el paso del tiempo. En

		Diagnóstico		Total
		Acción	Contempl.	
Pacientes CPH	n	31	21	52
	%	59,6	40,4	100
Personal CPH	n	26	5	31
	%	83,9	16,1	100
Pacientes Area 6	n	10	13	23
	%	43,5	56,5	100
Total	n	67	39	106
	%	63,2	36,8	100

TABLA III. Procedencia de los pacientes en relación con el diagnóstico.

nuestro estudio se puede decir que esta probabilidad es del 32% al año, del 48% a los seis meses y del 65% al primer mes. La curva de probabilidad de abstinencia en cada uno de los tres grupos por separado se representa en la figura 2. Como se observa no se encuentran diferencias significativas en el comportamiento de cada uno de los tres grupos.

## DISCUSIÓN

Las características de población de los dos grupos de pacientes (contempladores y en fase de acción) son muy

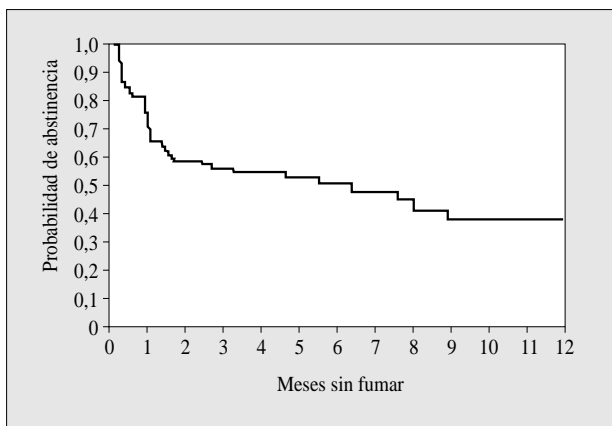


FIGURA 1. Curva de probabilidad de abstinencia en los pacientes en fase de acción.

similares. La mayor diferencia se observa en los años de evolución del tabaquismo: 34,83 en los contempladores y 29,3 en los de acción. Se observa también que el mayor porcentaje de contempladores se da en los pacientes del área. Mientras que el mayor número de fumadores que deja de serlo pertenece al grupo de personal de CPH, seguido muy de cerca del de pacientes de CPH.

Según este estudio, el 36,8% de los fumadores que acudieron a nuestra consulta el primer año fueron contempladores y el 63,2% estaban en fase de acción. De estos últimos el 58,6% se mantuvieron abstinentes seis meses y el 37,9% siguen abstinentes al cabo del año. Estos resultados son poco valorables por ser muy pequeño el número de casos.

Desde el punto de vista estadístico podemos valorar la probabilidad de la abstinencia mediante el test de Kaplan-Meier que contempla todos los fumadores en fase de acción que acudieron a la consulta hasta el momento que se cierra el estudio (Octubre de 2000). De este modo obtuvimos que la probabilidad de abstinencia a los seis meses es del 48%, probabilidad que desciende al 32% al año. Es muy interesante destacar que el porcentaje real de abstinencia a los seis meses es más alto que la probabilidad, mientras que al año se asemeja mucho.

Resulta difícil comparar nuestros resultados con los publicados por otros autores. Los trabajos publicados son estudios clínicos de tratamientos muy específicos, controlados, tanto en tiempo como en cumplimiento de los tratamientos, y en una población que acepta voluntariamente participar en el estudio, población que no se corresponde en absoluto con la que llega a una consulta ordinaria. Este aspecto ya ha sido también señalado por otros autores. En 1997 C.A Jiménez Ruiz et al.<sup>4</sup> publicaron un estudio realizado en fumadores que trabajaban en una serie de hospitales espa-

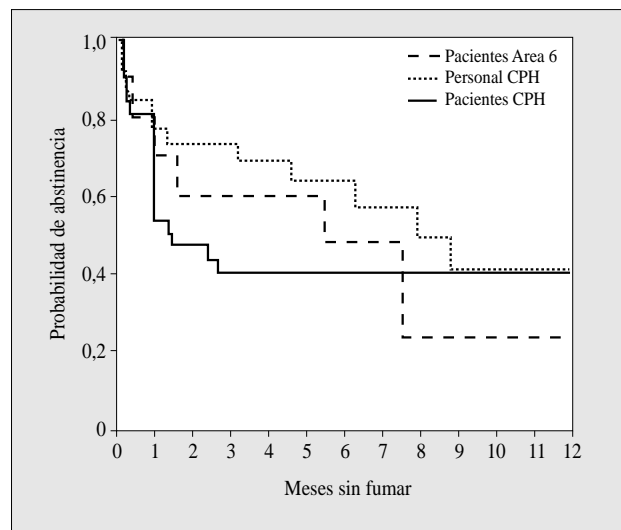


FIGURA 2. Curva de probabilidad de abstinencia en los pacientes en fase de acción por procedencia.

ñoles y que fueron tratados con parches de nicotina de 16 horas, según la Normativa SEPAR. Observaron a los 4 meses un porcentaje de abstinentes del 31%, porcentaje que disminuyó al 29% cuando la abstinencia se valoró al año. Este mismo grupo de investigadores, en otro estudio realizado en junio de 1999 utilizando como terapia farmacológica un nebulizador nasal de nicotina y apoyo psicológico leve, encontraron tasas de abstinencia del 39% a los tres meses de tratamiento que bajaba al 35% a los seis meses<sup>15</sup>. De nuevo este grupo de autores publicó en septiembre de 1999 otro trabajo<sup>10</sup>, destinado a valorar la eficacia del tratamiento conjunto con chicles de nicotina y apoyo psicológico leve. Las tasas de abstinencia en este caso fueron del 49% a los tres meses de tratamiento, y aumentaron hasta el 45% al año.

Así pues existen porcentajes variables de abstinencia, dependiendo de la población estudiada y del tipo de intervención realizada sobre la misma, si bien se puede asegurar que a mayor intensidad de intervención se observan mejores resultados, lo cual no deja de ser absolutamente lógico y ya ha sido señalado en la literatura<sup>1</sup>.

Los resultados obtenidos en nuestra consulta presentan limitaciones metodológicas derivadas de nuestra propia inexperiencia, ya que es la primera vez que realizábamos diagnóstico y tratamiento del tabaquismo y del escaso número de pacientes tratados, por lo que nuestros resultados no pueden valorarse más que con carácter informativo, sin pretender obtener de los mismos conclusiones que sean aplicables más allá de nuestra propia consulta. Así, a partir del establecimiento de esta premisa, queremos concluir:

- De los 106 fumadores que han acudido a nuestra consulta en el primer año de existencia, el 36,8% estaban en fase de contemplación y el 63,2% en fase de acción.
- De los 29 fumadores que llevan más de un año de evolución, 10 están sin fumar, lo que representa el 35,7% de abstinencia anual. De los que actualmente fuman, el 57,71% estuvo abstinentes 6 meses.
- La probabilidad de abstinencia anual calculada por el método Kaplan-Meier es del 32%, valor muy próximo al real, sin embargo dicha probabilidad a los seis meses es de 48% bastante más baja que la real. Hay que tomar los valores de abstinencia según Kaplan-Meier cuando se trate de un estudio de seguimiento como es el nuestro.
- No podemos entrar a valorar los distintos tratamientos utilizados debido al número insuficiente de casos.

La publicación de nuestros resultados tiene como objetivo tratar de exponer públicamente las limitaciones de cualquier consulta de tabaquismo que inicia su andadura, limitaciones que hacen obligatorio tratar de reevaluar constantemente el método elegido, pero también, que no es preciso disponer de condiciones ideales a la hora de poner en marcha una consulta de estas características.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz J. Review and evaluation of smoking cessation methods: the United States and Canada. 1978-1985. NIH Publication N° 87-2940. 198; Bethesda: U.S. National Cancer Institute.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: Nicotine Addiction: a report of the Surgeon General. Washington D.C: U.S. Government Printing Office. 1998;88-8406.
3. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S. Tratamiento del tabaquismo. Terapia sustitutiva con nicotina. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 487-491.
4. Jiménez Ruiz CA, Florez S, Ramos A, Ramos L, Solano S, Fornies E. Smoking cessation with a 16 h nicotine patch: results in a group of hospital workers. *Eur Respir J* 1997; 10: 573-575.
5. Jiménez Ruiz CA, Barrueco M, Carrión F, Cordovilla R, Hernández I, Martínez E, et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 340: 434-436.
6. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell M, Saracci R, Gulsvik A et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: Results from the European CEASE trial. *Eur Respir J* 1999;13: 236-246.
7. Becoña E. Vázquez González FL. Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: Ed Dykinson-Psicología; 1998
8. Sánchez Agudo L, Carreras Castellet JM. Multicomponent smoking treatment in a pneumologic unit. Proceedings of the 10th World Conference Of Tobacco and Health. Eds The Growing Epidemic. 1997 Beijing.
9. Jiménez Ruiz CA, Solano S, González Vega JM, Ruiz MJ, Florez S, Ramos A et al Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Grupo de Trabajo del Area de Tabaquismo. SEPAR. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 499-506.
10. Jiménez Ruiz CA, Perello O, Cisneros C, Alonso S, Almonacid C, Barrueco et al. Tratamiento individualizado del tabaquismo. Resultados con chicles de 2, 4 mg. de nicotina. *Arch Bronconeumol* 2000; 36:129-132.
11. Prochaska J, DiClemente CC, Velicer W. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav* 1985; 10: 395-406.
12. Russell M H., Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-235.
13. Fagerström K O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1975;3: 35-41.
14. Lee ET. Statistical methods for survival. Data analysis. Belmont California; 1984.
15. Jiménez Ruiz CA, Florez S, Ramos A, Lorza J, Hernández I, Solano S et al. Tratamiento del tabaquismo con nebulizador nasal de nicotina. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 535-538.

## Encuesta de prevalencia y actitudes ante el tabaquismo de los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca

M.A. Hernández-Mezquita<sup>1</sup>, M.J. García Cirac<sup>2</sup>, A Calvo Sánchez<sup>2</sup>, M.J. García del Castillo<sup>2</sup>, M. Rodríguez Calderón<sup>2</sup>, M. Torrecilla García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud San Juan (Salamanca), <sup>2</sup>Concejalía de Sanidad y Medio Ambiente del Ayuntamiento de Salamanca.

### RESUMEN

En los próximos años es previsible la progresiva implantación de medidas restrictivas del consumo de tabaco en los centros de trabajo. Por ello es necesario realizar actuaciones destinadas a facilitar el desarrollo de este tipo de medidas.

**Objetivos:** conocer la prevalencia del tabaquismo, características del consumo y actitudes frente al tabaco de los funcionarios del Ayuntamiento de Salamanca, con el doble objetivo de sensibilizar a los fumadores y de diseñar programas adecuados de deshabitación para así reducir el porcentaje de fumadores y facilitar la implantación de las medidas destinadas a salvaguardar los derechos de los no fumadores.

**Material y métodos:** se envió a los 1160 funcionarios del ayuntamiento de Salamanca una encuesta en la que además de recoger los principales datos personales se interrogaba a los funcionarios acerca de su hábito tabáquico (fumar o no, nº de cigarrillos, deseos de abandono del hábito, demanda de ayuda para dejar de fumar...). Los datos fueron codificados y tratados estadísticamente.

**Resultados:** Respondieron a la encuesta el 33,1% de los funcionarios, de los que 135 (35,6%) eran fumadores. La gran mayoría de estos fumaban más de 11 cigarrillos al día y más de la mitad lo hacían en el medio laboral. Casi el 80% de los fumadores desean dejar de fumar y al 80,5% de ellos les gustaría recibir ayuda especializada para conseguirlo.

**Conclusiones:** La prevalencia del consumo de tabaco de los funcionarios del Ayuntamiento de Salamanca es similar a la de la población general. Llama la atención el elevado porcentaje de funcionarios que desean dejar de fumar y que estarían dispuestos a recibir ayuda. Las instituciones no deben desaprovechar la favorable predisposición de los funcionarios para dejar de fumar y deben implantar programas de deshabitación tabáquica que, realizados de forma periódica, podrían reducir el porcentaje de fumadores, lo que facilitaría la consecución de nuevos espacios libres de humo.

**Palabras clave:** Ayuntamiento; Tabaco; Trabajadores; Prevalencia.

### ABSTRACT

In the next few years, the progressive establishment of restrictive measures in regards to smoking in the work centers is foreseeable. Thus, activities aimed at facilitating the development of this type of measures are necessary.

**Objectives:** To know the prevalence of smoking addiction, characteristics of consumption and attitudes regarding smoking of the Salamanca City Hall civil servants with the double aim of sensitizing the smokers and designing adequate programs to give up smoking in order to reduce the percentage of smokers and facilitate the establishment of the measures aimed at protecting the rights of the non-smokers.

**Material and methods:** 1160 civil servants in the Salamanca City Hall were sent a survey which, in addition to the principal personal data, asked the workers about their smoking habit (if they smoked, no. of cigarettes, desire to stop smoking, need for help to stop smoking, etc.) The data were coded and treated statistically.

**Results:** A total of 33.1% of the civil servants answered the survey. Of these, 135 (35.6%) smoked. Most of them smoked more than 11 cigarettes per day and more than half did so within the working environment. Almost 80% of the smokers wanted to stop smoking and 80.5% of them desired to receive specialized help to do so.

**Conclusions:** The prevalence of tobacco consumption of the Salamanca City Hall civil servants is similar to that of the general population. The high percentage of workers who wanted to stop smoking and who were willing to receive help is of interest. The institutions should not lose the opportunity to use the favorable predisposition of the civil servant to stop smoking and should establish programs to give up smoking which, carried out periodically, could reduce the percentage of smokers, which would help obtain new smoke free spaces.

**Key words:** City Hall; Tobacco; Workers; Prevalence.

### INTRODUCCIÓN

En la Unión Europea se observa en los últimos años una reducción lenta pero progresiva del consumo de tabaco. Según los esquemas clásicos de la epidemia tabáquica, la

*Correspondencia:* Miguel Angel Hernández-Mezquita. C/ del Silencio nº 5, 4º B. 37900 Santa Marta (Salamanca). E-Mail: mhernandezm@medynet.com

*Recibido:* 11 de enero de 2001. *Aceptado:* 20 de marzo de 2001  
[Prev Tab 2001; 3(2): 64-69]



prevalencia del tabaquismo es mayor en los hombres que en las mujeres en todos los países europeos, a excepción de Suecia, donde el consumo es aceptablemente bajo para ambos sexos (22% en hombres y 24% en mujeres) y Dinamarca donde la prevalencia es igual para ambos sexos (37%)<sup>1</sup>.

En España, según la última Encuesta Nacional de Salud de 1997 <sup>2</sup> el 35,7% de la población mayor de 16 años es fumadora, con una distribución por sexos del 42% en los varones y 25% en las mujeres; estas cifras reflejan, efectivamente, un descenso global de la prevalencia global en relación con años anteriores. Ahora bien, al estudiar las diferencias existentes en ambos sexos, en los últimos años se observa que mientras disminuye el número de hombres fumadores, se incrementa el número de mujeres que se incorporan al tabaco<sup>3</sup>. Las diferencias entre ambos sexos pueden resumirse en que los hombres fuman en general más que las mujeres, que la prevalencia entre los jóvenes (15-24 años) de ambos sexos es muy alta y que el número de mujeres jóvenes que se están incorporando al consumo de tabaco es así mismo muy elevado.

En conjunto, España sigue, unos años por detrás, la misma tendencia que otros países europeos: descenso de la prevalencia global, junto con un alarmante incremento del número de mujeres fumadoras, fundamentalmente en las edades más jóvenes. En este sentido España, junto con Italia, Grecia, Portugal, Luxemburgo y Austria son los países en los que el porcentaje de fumadoras sigue creciendo<sup>3</sup>. Por el contrario, países como Dinamarca o Inglaterra, que tuvieron hace 30 años prevalencias muy altas entre las mujeres (47% y 42% respectivamente)<sup>3</sup>, actualmente presentan niveles de consumo más reducidos.

En España entre 1978 y 1993 hubo cambios importantes en la prevalencia del tabaquismo en ambos sexos: disminuyó entre los hombres (de 65% a 48%) y aumentó entre las mujeres (de 17% a 25%)<sup>4</sup>, a pesar de que por la diferente metodología empleada en los distintos estudios a veces sea difícil comparar los datos<sup>5, 6</sup>.

La legislación referente al tabaquismo se ha vuelto más restrictiva en los últimos años, con el doble objetivo de limitar los efectos negativos del tabaco sobre los fumadores y de proteger a los no fumadores<sup>7</sup>. Además, es previsible que durante los próximos años se implanten nuevas medidas destinadas a limitar aún más los espacios públicos en los que se permita fumar, siguiendo la pauta marcada por Estados Unidos<sup>8</sup>. Ya en la primera conferencia Europea sobre política del tabaco (1998) se aprobó una carta reconociendo el derecho moral de la población de ser protegida de la contaminación del humo del tabaco y se propusieron 10 medidas para lograrlo, entre las que destacaba la propues-

ta de establecer por ley el derecho a espacios comunes libres de humo<sup>9</sup>. Sin embargo, en nuestro medio, la elevada prevalencia del tabaquismo dificultaría probablemente la puesta en práctica de medidas restrictivas del consumo de tabaco en los centros de trabajo, incluyendo las instituciones oficiales, que por otra parte deberían adoptar actitudes ejemplares al respecto.

El objetivo de este estudio ha sido conocer la prevalencia del tabaquismo y las actitudes respecto al tabaco de los funcionarios del Ayuntamiento de Salamanca, para de este modo diseñar programas de deshabituación que, realizados de forma periódica en los próximos años, logren reducir de forma significativa el porcentaje de fumadores y así facilitar la implantación de medidas que finalmente conduzcan a la consecución del objetivo de transformar al Ayuntamiento de Salamanca en una institución libre de humo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal para conocer la prevalencia del tabaquismo y la actitud ante el tabaco de los funcionarios del ayuntamiento de Salamanca. Para la realización del estudio se diseñó una encuesta que pudiese ser fácilmente cumplimentada y se envió a los 1160 funcionarios del Ayuntamiento de Salamanca (población objeto de estudio) durante el mes de Febrero de 2000. La encuesta recogía los principales datos personales (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios,...) así como aspectos relacionados con el hábito tabáquico tales como el consumo de cigarrillos, conocimientos respecto a los efectos del tabaco, lugares donde fuma o intentos previos de abandono. Así mismo, se preguntó a los fumadores si deseaban dejar el tabaco y en caso de respuesta afirmativa si les gustaría recibir ayuda para ello. En la tabla I se recogen las principales preguntas incluidas en la encuesta.

De las 1160 encuestas enviadas se obtuvo la respuesta de 384 personas (33,1% del total) que forman la muestra objeto de este estudio. Los datos fueron codificados y tratados mediante el paquete estadístico SPSS 10.0. Se utilizaron las pruebas estadísticas oportunas en función de la naturaleza de las variables (cualitativas o cuantitativas) a comparar en cada caso, realizándose tablas de contingencia en el caso de las variables cualitativas y calculándose los estadísticos (media, mediana, varianza...) en el caso de las variables cuantitativas y se estableció el nivel de significación estadística cuando  $p$  era menor de 0,05.

DATOS PERSONALES	
• Edad:	_____
• Sexo:	1 Varón 2 Mujer
• Estado civil:	1 Soltero 2 Casado 3 Otros (Separado/a, viudo/a)
• Nivel de estudios:	1 Universitarios 2 Otros
• ¿Fuma actualmente?	1 Sí 2 No
SI NUNCA HA FUMADO HA ACABADO LA ENCUESTA	
• ¿A que edad comenzó a fumar?	_____
SI NO FUMA ACTUALMENTE HA ACABADO LA ENCUESTA	
• Número de cigarrillos al día:	_____
• Relación del tabaco con alguna enfermedad:	1 Sí 2 No
• Fuma en el trabajo:	1 Sí 2 No
• ¿Le gustaría dejar de fumar?:	1 Sí 2 No
• Si ha contestado afirmativamente a la pregunta anterior, ¿Le gustaría recibir ayuda para dejar de fumar?:	1 Sí 2 No

TABLA I. Preguntas incluidas en la encuesta.

## RESULTADOS

De los 384 funcionarios que contestaron la encuesta 298 eran varones y 81 mujeres. Eran fumadores 135 (35,6%) y no fumaban 244 (64,4%). Por sexos, fumaban el 45,7% de las mujeres y el 32,9% de los varones ( $p < 0,05$ ). No han fumado nunca el 30,1% de los encuestados y son ex-fumadores el 34,3%. En la figura 1 se representan los porcentajes de varones y mujeres en función de su hábito tabáquico.

El porcentaje de fumadores que se encontraban en la franja de edad entre los 31-50 años era del 39,9%, mientras que en los menores de 30 años y de más de 50 los porcentajes de fumadores eran del 31,3% y 23,6% respectivamente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). La edad media de inicio al tabaquismo se situó en los 16,8 4,4 años (16,2-17,4 IC 95%).

Eran fumadores el 39,7% de los solteros, el 32% de los casados y el 59,1% de los fumadores del resto de categorías (separados, viudos...), siendo las diferencias significati-

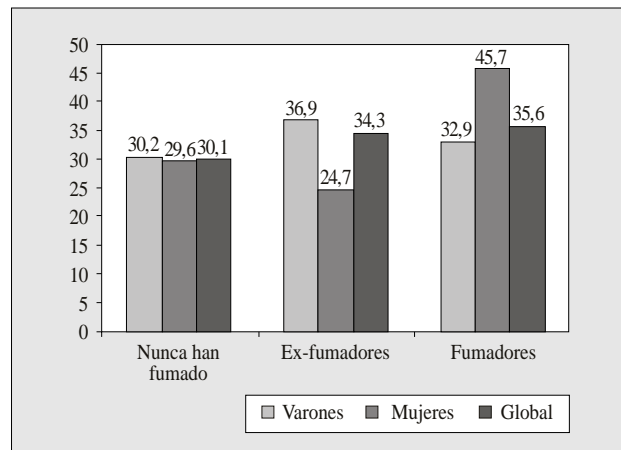


FIGURA 1. Representación gráfica de los porcentajes de varones y mujeres fumadores de nuestra serie.

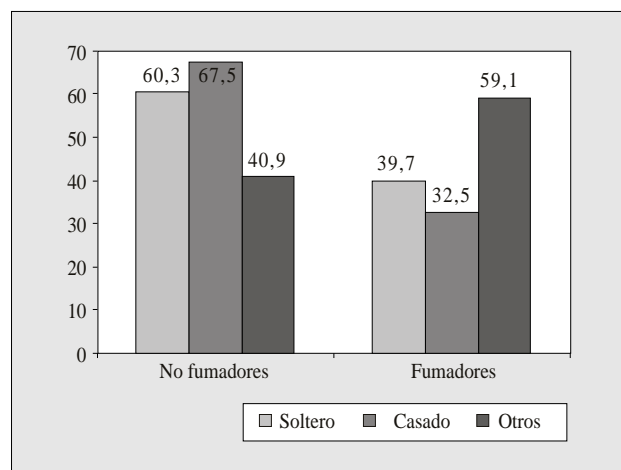


FIGURA 2. Relación del tabaquismo con el estado civil.

vas entre los casados y el resto ( $p < 0,05$ ). Estos aspectos se reflejan en la figura 2.

En cuanto a la cantidad diaria de cigarrillos consumidos, el 83,7% de los varones y el 77,2% de las mujeres fumaban más de 11 cigarrillos al día, sin observar diferencias significativas en función del sexo ( $p > 0,05$ ). El 12% de los varones y el 2,9% de las mujeres fumaban más de 30 cigarrillos al día ( $p < 0,05$ ). Estos aspectos se recogen en la tabla II. Por grupos de edad, el 88,6% de los fumadores de 31-50 años, el 57,1% de los fumadores menores de 30 años y el 71,4% de los de más de 50 años fumaban más de 11 cigarrillos/día, con diferencias no significativas ( $p > 0,05$ ).

El porcentaje de fumadores entre los funcionarios con estudios universitarios era del 29,1% y del 40,2% en no universitarios, siendo entre estos últimos significativamente superior ( $p < 0,05$ ). Estos datos se reflejan en la figura 3.

	Varón	Mujer	Total
<b>1-10 cigarrillos</b>			
Recuento	15	8	23
% de nº cig.	62,5	34,8	100
% de sexo	16,3	22,9	18,1
% del total	11,8	6,3	18,1
<b>11-20 cigarrillos</b>			
Recuento	43	21	64
% de nº cig.	62,7	32,8	100
% de sexo	46,7	60	50,4
% del total	33,9	16,5	50,4
<b>21-30 cigarrillos</b>			
Recuento	23	5	28
% de nº cig.	82,1	17,9	100
% de sexo	25	14,3	22
% del total	18,1	3,9	22
<b>Más de 30 cigarrillos</b>			
Recuento	11	1	12
% de nº cig.	91,7	8,3	100
% de sexo	12	2,9	9,4
% del total	8,7	0,8	9,4
<b>Total</b>			
Recuento	92	35	127
% de nº cig.	72,4	27,6	100
% de sexo	100	100	100
% del total	72,4	27,6	100

TABLA II. Consumo de cigarrillos por sexos

Relacionaban el tabaco con alguna enfermedad el 79,3% de los fumadores (el 84,5% de los <30 años, el 76,8% de los de 31-50 años y el 62% de los de más de 50 años), sin diferencias significativas entre sexos.

El 79,3% de los fumadores relacionan el tabaquismo con alguna enfermedad, el 83,6% de los menores de 50 años y el 68% de los mayores de 50 ( $p < 0,05$ ), no existiendo diferencias en función del sexo ( $p > 0,05$ ).

Fumaban en el trabajo el 59,3% y no lo hacían el 40,7%. Le gustaría dejar de fumar al 79,7% de los fumadores, 79,8% de los varones y 79,4% de las mujeres (sin diferencias significativas entre ambos sexos;  $p > 0,05$ ). Por grupos de edad, no dejarían por ahora el tabaco el 23,1% de los menores de 30 años, el 9,3% de los de 31-50 años y el 18% de los mayores de 50 años ( $p > 0,05$ ).

De los 113 fumadores que desean dejar el tabaco el 80,5%, 78,8% de los varones y 85,5% de las mujeres, desearían recibir ayuda para lograrlo, frente al 19,5% que no la deseaban. En la figura 4 se representan los porcentajes de fumadores que desean dejar de fumar y de ellos el porcentaje que demandaban ayuda para lograrlo.

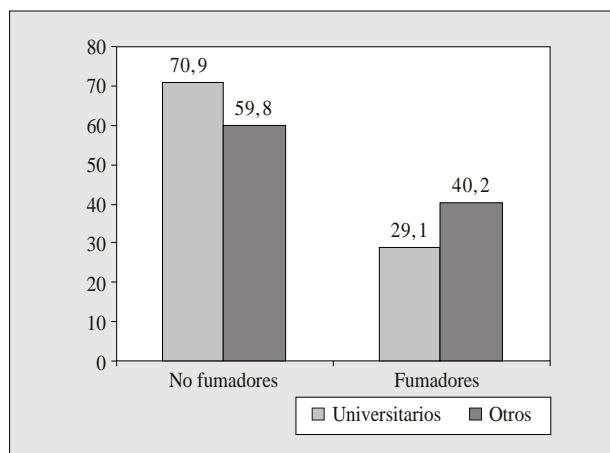


FIGURA 3. Relación del tabaquismo con el nivel de estudios.

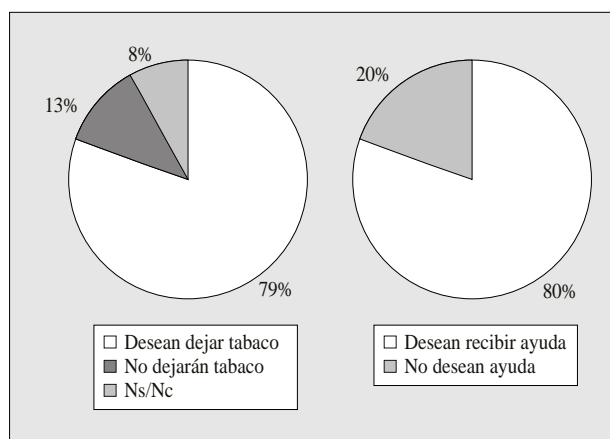


FIGURA 4. Porcentajes de fumadores que desean dejar de serlo y que demandaban recibir ayuda para lograrlo.

## DISCUSIÓN

El porcentaje de fumadores del Ayuntamiento (35,6%) es similar al encontrado en la última Encuesta Nacional de Salud de 1997<sup>1</sup> (35,7%). Sin embargo, el porcentaje de mujeres fumadoras es del 45,7%, superior al de las mujeres de la población general, que es según la citada encuesta del 27%. Esta diferencia podría explicarse en parte porque la mayoría de las mujeres de nuestra muestra pertenecen al grupo de edad de 18-44 años, franja en la que el porcentaje de mujeres fumadoras, según la Encuesta Nacional de Salud, también supera el 40%.

En nuestra encuesta el porcentaje de fumadores es mayor en el grupo de edad de 31-50 años, al igual que sucede en la Encuesta Nacional de Salud de 1997<sup>1</sup>, en la que los mayores porcentajes de fumadores pertenecen a los estratos de 25-44 años. La gran mayoría de los fumadores de nuestra serie consumen más de 11 cigarrillos, siendo el consumo

superior a una cajetilla al día en más del 35% de los varones y del 17% de las mujeres. Los fumadores que consumen mayor número de cigarrillos al día pertenecen al grupo de 31-50 años, datos que concuerdan con los aportados por otros estudios<sup>10,11</sup>, donde se aprecia que los grandes fumadores pertenecen a los grupos de varones adultos de edades medias y mujeres menores de 30 años.

La edad media de inicio al tabaquismo, al igual que en otros estudios<sup>12</sup> se sitúa al final de la adolescencia, siendo excepcionales los casos de inicio antes de los 10 años o después de los 20. En cuanto al nivel de estudios, los funcionarios con estudios universitarios presentan menores tasas de tabaquismo que el resto de funcionarios con estudios medios o primarios. En relación con el nivel de estudios y la clase social se han publicado datos contradictorios. En algunos estudios se observan altas tasas de tabaquismo entre las mujeres universitarias<sup>11</sup> y en otros que los mayores porcentajes de fumadores se producen en las clases socioeconómicas media y media-alta<sup>13,14</sup>, mientras que hay autores que señalan que en EE.UU. el mayor consumo tiene lugar entre las clases bajas<sup>15</sup>.

La mayoría de los fumadores relacionan el tabaco con alguna de las enfermedades o molestias que padecen, principalmente los menores de 50 años, quizás porque los mayores de 50 años pueden haber recibido menos información al respecto o porque consideran que sus enfermedades son debidas a la edad y no al tabaco exclusivamente.

Fuman en el trabajo casi dos terceras partes de los fumadores encuestados. Ya es conocido que el cumplimiento de la legislación oficial antitabaco en las instituciones oficiales dista mucho de ser una realidad generalizada<sup>7</sup> y que el grado de cumplimiento del principal decreto que regula en España el consumo de tabaco (R.D. 192/1988)<sup>16</sup> es deficiente, por lo que este dato no resulta sorprendente. En la encuesta no se interrogó a los funcionarios acerca del consumo de tabaco en presencia de usuarios de servicios municipales y en oficinas de atención directa al público, pero nada hace suponer que las pautas de consumo de los funcionarios de nuestro estudio sean distintas a las de los funcionarios de otras instituciones oficiales<sup>7</sup>, y por otra parte, aún en ausencia de público, al no existir delimitación de espacios en el Ayuntamiento de Salamanca los funcionarios fumadores lo estarían haciendo en presencia de otros compañeros no fumadores.

Probablemente el aspecto más interesante de los resultados sea que a la gran mayoría de los fumadores les gustaría dejar de fumar y la mayor parte de los que estarían dispuestos a dejar el tabaco deseaban recibir ayuda para lograrlo. Ya se ha demostrado que la implantación de programas de tratamiento del tabaquismo en el ámbito laboral es una medida efectiva para reducir el porcentaje de fumadores<sup>16</sup> y, si

bien es cierto que no es lo mismo desear dejar de fumar que estar en fase de contemplación o de preparación, no deberíamos desaprovechar la predisposición favorable de estos fumadores para dejar el tabaco y proporcionarles la ayuda que demandan. En ese sentido durante el periodo inmediato a la realización de la encuesta se puso en marcha un programa de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en el Ayuntamiento de Salamanca, cuyos resultados están aún por ver.

En resumen, las pautas de consumo de tabaco de los funcionarios del Ayuntamiento de Salamanca son similares a las de la población general y aún es importante el grado de incumplimiento de la legislación oficial antitabaco, pero la mayoría de los fumadores desean dejar de serlo y demandan ayuda para lograrlo. Esto nos hace pensar que si se diseñan programas de ayuda destinados a aquellos que desean dejar de fumar, la disminución de la prevalencia facilitará la implantación progresiva de las medidas que permitan la consecución de una institución libre de humo.

Estudios de encuesta como el presente sirven para conocer la magnitud del problema, conocer la predisposición de los fumadores y principalmente como primer paso para que los fumadores reflexionen acerca de la posibilidad de dejar el tabaco. La realización de estudios de prevalencia y la implantación periódica de programas de deshabituación tabáquica entre los funcionarios de instituciones oficiales sin duda logrará reducir el porcentaje de funcionarios fumadores y con ello contribuir a la consecución final de instituciones libres de humo. Sabemos que se han desarrollado estudios similares a este efecto en los Ayuntamientos de Murcia<sup>17</sup> y Madrid (actualmente en curso) pero sería deseable que este tipo de estudios se generalizase, así como la oferta de programas de ayuda para dejar de fumar destinados a los trabajadores de las instituciones públicas y en especial de los ayuntamientos.

Además, no se debe olvidar que los ayuntamientos son los responsables de los planes municipales de salud, encargados de la prevención y control de las drogodependencias entre las que sin duda ocupa un lugar destacado el tabaquismo, y que por su carácter ejemplarizante, pueden servir de modelo y arrastrar a otras instituciones y/o empresas privadas hacia estrategias tendentes a la protección de la salud de los no fumadores en el medio laboral.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. D. Miguel Barrueco por el diseño y la correalización del programa de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo del Ayuntamiento de Salamanca.

Agradecemos también la desinteresada colaboración de Ana M<sup>a</sup> Alvarez Sanz y Elena Gómez Sombrero en la codi-

ficación y análisis estadístico de los datos obtenidos para la realización de este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Informe sobre la salud de los Españoles: 1998. Madrid.
2. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
3. Fleitman S, ENSP (Ed.). Some like it "light". Women and smoking in the European Union. En: Joossens L, Saco A, editors. European conference. Tobacco and women: understanding the past, changing the future. Paris; 1998.
4. Joossens L. Smuggling and cross-border shopping of tobacco products in the European Union: a report for the Health Education Authority. London; 1999.
5. World Health Organization: Tobacco or Health: A global status report. Geneva: WHO; 1997.
6. Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. Bolliger CT, Fagerström KO (eds): The Tobacco epidemic. Prog Respir Res. Basel, Karger. 1997; vol 28: 64-77.
7. Cordovilla R, Barrueco M, González Ruíz JM, Hernández-Mezquita MA, De Castro J, Gómez F. Cumplimiento de la legislación oficial en las instituciones oficiales. Arch Bronconeumol 1997; 33: 320-324.
8. Department of Health and Human Services. Regulations restricting the sale and distribution and smokeless tobacco products to protect children and adolescents. Fed Regis 1996; 61: 44.396-44.618.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Se puede lograr. Una Europa libre de tabaco. Informe de la primera Conferencia Europea sobre Política del Tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
10. Escudero C, Riesco C. Tabaquismo en España. Situación actual. PAR, 1994; especial Congreso SEPAR: 13-22.
11. Carrión F. Epidemiología. En: Jiménez Ruíz C (Ed.). Aproximación al tabaquismo en España. Madrid: Aula Médica; 1997. p. 21-27.
12. Solano S, Jiménez C. Mecanismo de iniciación al tabaco. Arch Bronconeumol 1995; 31: 109-113.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Estudio de los estilos de vida de la población adulta española, 1992.
14. Jiménez Ruíz CA. Ed. Manuales SEPAR. Tabaquismo. Madrid: Aula Médica; 1995. p. 1-14.
15. U.S. Department of Agriculture: tobacco situation and outlook report, publication TS-199. Washington DC, U.S. Department of Agriculture Economic Research Service, June 1987.
16. Real Decreto 1192/1988, sobre limitaciones a la venta y uso de tabaco para la protección de la salud a la población. BOE 9 de Marzo de 1988: 7499-7501.
17. Servicios Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia. Programa de prevención sobre el hábito tabáquico en el ámbito laboral. Murcia: Fundación Hefame; 2000.

# El Proyecto ESFA en Barcelona: Un programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes

C. Ariza<sup>1</sup>, M. Nebot<sup>1</sup>, M. Jané<sup>1</sup>, Z. Tomás<sup>1</sup>, H. De Vries<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Promoción de la Salud. Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona. <sup>2</sup>Departamento de Educación para la Salud y Promoción de la Salud. Universidad de Maastricht. Maastricht, Holanda

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características del proyecto de prevención del tabaquismo ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach) así como las principales variables sociodemográficas y de hábitos de vida relacionados con la salud en los grupos de intervención y control al inicio del proyecto.

**Población y métodos:** Se diseñó un estudio con 1952 escolares de 1º ESO (12-13 años) pertenecientes a 53 escuelas de Barcelona, 16 de ellas en el grupo experimental (46 aulas) y 37 en el grupo control (37 aulas). Previamente al inicio de una intervención compuesta por acciones a tres niveles (aula, entorno escolar y medio comunitario o distrito), se procedió a la aplicación de un cuestionario autocontestado. Este cuestionario explora las principales variables sociodemográficas, la conducta fumadora, variables asociadas, y otras conductas de salud como el consumo de alcohol y otras drogas, y la práctica de ejercicio físico.

**Resultados:** Sólo el 11,8% de los escolares declaraban fumar en el momento de la encuesta, de los que el 3,7% decía hacerlo con regularidad. El número de fumadores regulares era discretamente superior en el grupo intervención (4,7%) que en el grupo control (2,6%). Entre las variables sociodemográficas, se hallaron diferencias significativas para el índice de nivel socioeconómico y el tipo de escuela entre ambos grupos. No se encontraron diferencias para el resto de conductas estudiadas.

**Conclusiones:** Los resultados encontrados apuntan a un bajo consumo de tabaco en este momento del desarrollo, lo que lo hace óptimo para la implementación de las estrategias que incluye el proyecto ESFA. Las pequeñas diferencias observadas entre las dos cohortes del estudio deberán ser tenidas en cuenta en el momento de evaluar las sucesivas intervenciones que incluye el proyecto.

**Palabras clave:** Tabaco; Programa comunitario; Escuela; Adolescentes.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach) Project and main sociodemographic and life style-health related variables in the experimental and control groups, at baseline.

**Population and methods:** A study with 1952 Secondary 1<sup>st</sup> grade schoolchildren was designed, belonging to 53 Barcelona schools, 16 of them in the experimental group (46 classrooms) and 37 in the control group (37 classrooms). Previously to the beginning of the intervention composed by actions in three levels (classroom, school environment and community area or district), a self-administrated questionnaire was administrated. Some information about sociodemographic variables, smoking behaviour and associated factors, and other health-related behaviours as alcohol and drugs consumption and physical activity was obtained.

**Results:** Only 11.8% of schoolchildren reported smoking at baseline; from them 3.7% smoked regularly. The number of regular smokers was upper in the intervention group (4.7%) than in the control group (2.6%). Among the sociodemographic variables, significant differences were found in the socioeconomic level index and the type of school between the two groups. There wasn't any other differences between the rest of studied variables.

**Conclusions:** These results point out a low smoking consumption at baseline, and this moment can be considered optimal for the implementation of the ESFA Project strategies. The differences observed between the two cohorts of the study will have been taken in account when the interventions were evaluated.

**Keywords:** Smoking; Community programme; School; Adolescence.

## INTRODUCCIÓN

La relevancia de la prevención primaria del tabaquismo como factor de riesgo de algunas de las causas más prevalentes de mortalidad en el mundo occidental está hoy fuera de toda discusión<sup>1</sup>. El inicio del hábito suele instaurarse en nuestro entorno en la preadolescencia, en el momento de comenzar la Educación Secundaria<sup>2-5</sup>. Por otro lado, en las últimas décadas se han elaborado un número subs-

Correspondencia: Carles Ariza Cardenal. Pça. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. e-mail: cariza@imsb.bcn.es

Recibido: 10 de Marzo de 2001. Aceptado: 4 de Abril de 2001 [Prev Tab 2001; 3(2): 70-77]

Nivel de intervención	Principales determinantes psicosociales	Métodos teóricos	Estrategia preventiva	Grupo diana
INDIVIDUAL (aula)	Actitudes, creencias, Influencias sociales (presión social, normas sociales, conducta percibida) Autoeficacia	Comunicación persuasiva Modelaje Aprendizaje a través de la experiencia Implicación del grupo de iguales	Programa PASE/ESFA (manual para el educador) (fichas para el alumno) (2 videos de soporte)	Escolares
ESCOLAR (escuela)	Actitudes, creencias, Influencias sociales (presión social, normas sociales, conducta percibida)	Comunicación persuasiva Modelaje Normas y regulaciones	Actuaciones para la prevención del consumo de tabaco en la escuela (Informe personalizado del cumplimiento de la normativa; orientaciones y recomendaciones para avanzar en la protección del no-fumador)	Escolares Profesores Personal no docente
COMUNITARIO (distrito)	Actitudes, creencias, Influencias sociales (presión social)	Comunicación persuasiva	Pósters Carta informativa y sensibilizadora a las familias	Escolares Padres y madres de los escolares

TABLA I. Principales niveles de intervención del Proyecto ESFA en Barcelona en el primer año de intervención (1998-99).

tancial de programas preventivos de orientación diversa que han sido sujetos a valoración y análisis. Existe un cierto acuerdo entre los expertos que aquellos programas que añaden una dimensión comunitaria en el diseño de sus intervenciones consiguen reducciones en el consumo de mayor duración<sup>6,7</sup>.

En este contexto, en 1997 se inició el diseño del proyecto ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach) de prevención del tabaquismo con un modelo común en seis países de la Unión Europea: Dinamarca, España (Madrid y Barcelona), Finlandia, Holanda, Portugal y Reino Unido<sup>8</sup>. Se trata de un proyecto que consta de un plan de intervención a lo largo de tres cursos académicos sobre una cohorte de escolares que iniciaron el curso 1998-99 la Educación Secundaria y un estudio evaluativo del efecto, proceso y coste-efectividad de las mencionadas intervenciones. El plan de intervención del proyecto ESFA incide siempre en tres niveles de intervención (Tabla I): acciones a llevar a cabo en el aula, medidas complementarias dirigidas al entorno escolar y actividades a realizar sobre el medio y principales intermediarios de los escolares en su comunidad de residencia.

En el primer año de intervención, durante el curso 1998-99, se desarrolló la primera de las intervenciones (Tabla I), consistente en un programa preventivo de 6 sesiones de duración (programa PASE/ESFA), en el aula, conducido por el educador, al que previamente se preparó en peque-

ños talleres de formación. De forma concomitante, se realizó un estudio del grado de cumplimiento de la normativa que regula el consumo de tabaco en las escuelas, así como de la señalización adecuada de los diversos espacios en los que no estaba permitido fumar en el medio escolar.

Estos resultados se comunicaron mediante un pequeño informe a cada una de las escuelas, junto a una serie de orientaciones y recomendaciones. En el nivel comunitario, se distribuyó un póster alusivo a la prevención del tabaquismo y dirigido a los jóvenes (*"Fes-te gran, no fumis"*, *"Hazte mayor, no fumes"*) en el ámbito del distrito barcelonés de emplazamiento de las escuelas del grupo experimental, y se hizo llegar una carta de presentación del proyecto, información de las actividades y sensibilización de su rol ejemplar a todos los padres y madres de los escolares del mencionado grupo intervención.

El proyecto asume como hipótesis de trabajo el modelo ASE (*Attitudes, Social influences, self-Efficacy*)<sup>9</sup> que integra diferentes teorías sobre el comportamiento relacionado con la salud, y explica la conducta fumadora a través de la intención de fumar en el futuro y la relación de ésta con tres factores proximales como las actitudes favorables ante el tabaco o ante los inconvenientes de fumar (pros y contras), las influencias sociales (sentirse presionado para fumar, las normas sociales percibidas de figuras relevantes del entorno y el modelaje o comportamiento observado de estas figuras relevantes respecto de fumar) y la autoeficacia o

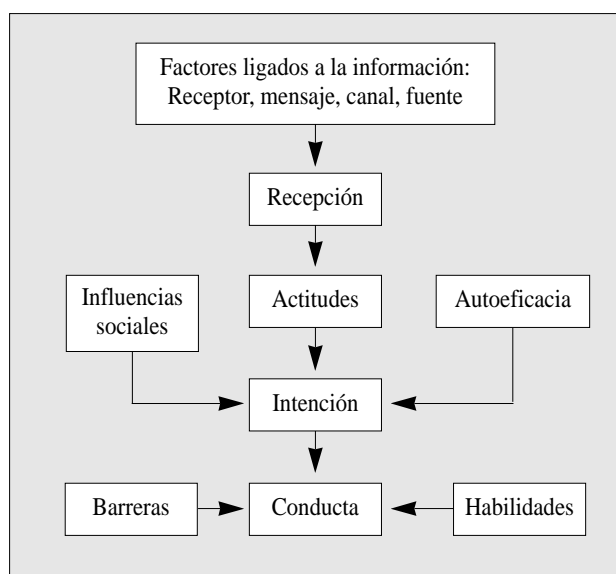


FIGURA 1. Modelo para el cambio de conducta (De Vries et al, 1992).

capacidad de mantenerse como no-fumador en situaciones que invitan a fumar. El proyecto asume este modelo como un esquema para el cambio de conducta que se pretende con la intervención educativa<sup>10</sup> (Figura 1).

En este artículo, se pretende dar a conocer el proyecto a la comunidad científica, así como comunicar los resultados preliminares relacionados con el consumo de tabaco y otras conductas de salud de la población sobre la que se interviene y su comparación con los datos correspondientes a los escolares del grupo control

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

Los datos que se presentan corresponden al primer año, previo a la intervención, del estudio longitudinal del proyecto ESFA. Se realizó una encuesta a 1.952 alumnos de primero de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de 53 escuelas de la ciudad de Barcelona (37 en el grupo control y 16 en el grupo intervención). Para seleccionar la muestra de aulas, se estratificó por la titularidad del centro, el tamaño del centro, el nivel socioeconómico del barrio de escolarización y la realización o no del programa de prevención de abuso de sustancias adictivas en la escuela (PASE). En definitiva, se seleccionaron 83 aulas; 46 aulas correspondieron al grupo intervención y 37 aulas al grupo control. La selección del grupo intervención no se realizó aleatoriamente por razones logísticas y correspondió a un distrito situado en el extremo de la ciudad de Barcelona,

para evitar una posible contaminación con el resto de los distritos de la ciudad.

El cuestionario utilizado es el del proyecto "European Smoking Prevention Framework Approach" (ESFA), que fue previamente pilotado y validado<sup>11</sup>. El cuestionario se administró en horario lectivo durante el último trimestre de 1998 por personal entrenado sobre el manejo de la encuesta. Para reducir los sesgos de respuesta, antes de administrar el cuestionario, se explicó que los datos eran completamente confidenciales y que serían analizados únicamente por el equipo investigador. También se incrementó la veracidad de las respuestas, permitiendo que fuera el propio alumno quien, una vez cumplimentado el cuestionario, lo introdujese en el sobre y lo cerrara.

El cuestionario incluía ítems relacionados con las variables sociodemográficas de los estudiantes; los estudios paternos se categorizaron en 4 niveles (no tenían estudios o sólo primarios incompletos; EGB, FP, BUP o COU; estudios universitarios de grado medio o superior; y por último educación especial); el Índice de Capacidad Económica Familiar (ICEF)<sup>12</sup> del barrio de residencia de cada alumno se clasificó en 3 niveles como aproximación a la clase social (<91 como bajo, entre 91-114 como medio y >114 como alto).

También se incluyeron variables de conducta relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol, drogas y la realización de ejercicio físico<sup>13</sup>. En el caso del tabaco, se incorporaron ítems relacionados con las creencias respecto al hábito, con la presión social, la autoeficacia, las normas subjetivas, la percepción de la conducta de los fumadores de otros y la intención de fumar en el futuro.

En la tabla III se observa que el consumo de tabaco se clasificó en 5 categorías (*diario o semanal*: él que fuma cada día o al menos una vez por semana; *inferior a semanal o esporádico*: él que fuma menos de una vez por semana, menos de una vez al mes o de vez en cuando; *ex-fumador*: él que fumó al menos una vez por semana o menos de una vez por semana y que ya no fuma; *no fumador actual*: él que lo probó una vez hace tiempo pero no ha fumado; y, por último, él que *nunca lo ha probado*). Se consideró que la realización de ejercicio físico de al menos 20 minutos seguidos durante los días de clase era baja cuando era inferior o igual a 2 veces por semana y moderada o alta cuando se realizaba dicha actividad 3 veces o más. En el caso del consumo de alcohol, se escogió el periodo recordatorio de un mes y se definieron 4 categorías (él que bebe al menos medio vaso de alguna bebida alcohólica al día, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o a veces durante el último mes).

Para comparar el grupo intervención y el grupo control



Variables socio demográficas	Control		Intervención		Total		Significación estadística p
	n	%	n	%	n	%	
<b>GÉNERO</b>							
Chico	447	51,7	540	50,3	987	50,9	0,523
Chica	417	48,3	534	49,7	951	49,1	
<b>EDAD</b>							
< 12 años	8	0,9	8	0,7	16	0,8	0,184
12 años	103	12,0	100	9,3	203	10,5	
13 años	739	86,2	950	88,6	1689	87,6	
> 13 años	7	0,8	14	1,3	21	1,1	
<b>TITULARIDAD CENTRO</b>							
Público	154	19,5	596	57,2	750	41,0	<0,001
Concertado	537	68,1	429	41,2	966	52,8	
Privado no concertado	97	12,3	17	1,6	114	6,2	
<b>ESTUDIOS DEL PADRE</b>							
Sin estudios o 1 <sup>er</sup> grado	52	6,5	90	9,1	142	7,9	<0,001
2 <sup>o</sup> grado, 1 <sup>er</sup> y 2 <sup>o</sup> ciclo	235	29,5	348	35,0	583	32,6	
3 <sup>er</sup> ciclo	236	29,6	181	18,2	417	23,3	
Educación especial	25	3,1	37	3,7	62	3,5	
No consta	248	31,2	338	34,0	586	32,7	
<b>ESTUDIOS DE LA MADRE</b>							
Sin estudios o 1 <sup>er</sup> grado	62	7,8	113	11,3	175	9,7	<0,001
2 <sup>o</sup> grado, 1 <sup>er</sup> y 2 <sup>o</sup> ciclo	263	32,9	369	36,8	632	35,1	
3 <sup>er</sup> ciclo	197	24,7	155	15,4	352	19,5	
Educación especial	31	3,9	35	3,5	66	3,7	
No consta	246	30,8	332	33,1	578	32,1	
<b>DINERO DISPONIBLE/SEMANA</b>							
Nada	174	20,2	225	21,0	399	20,7	0,738
< 300 pts	186	21,6	214	20,0	400	20,7	
300 - 500 pts	240	27,9	324	30,2	564	29,2	
501 - 1000 pts	123	14,3	148	13,8	271	14,0	
> 1000 pts	137	15,9	161	15,0	298	15,4	
<b>ÍNDICE CAPACIDAD ECONÓMICA FAMILIAR/BARRIO RESIDENCIA</b>							
Bajo	232	30,5	436	42,9	668	37,6	<0,001
Medio	396	52,1	547	53,8	943	53,1	
Alto	132	17,4	33	3,2	165	9,3	
<b>TOTAL</b>	<b>872</b>	<b>100,0</b>	<b>1080</b>	<b>100,0</b>	<b>1952</b>	<b>100,0</b>	

*Nota: En ocasiones la suma de los casos no corresponde al total porque excluye aquellas respuestas no contestadas.*

TABLA II. Comparación de las variables sociodemográficas según grupo control e intervención. Alumnos de 1<sup>o</sup> de ESO. Barcelona, 1998.

se realizó un análisis bivariado para todas las variables sociodemográficas y cada conducta de interés, mediante la prueba de la  $\chi^2$  para comparación de proporciones. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS-PC+<sup>14</sup>.

## RESULTADOS

Previamente al análisis, se realizó una revisión cualitativa aleatoria de todos los cuestionarios (uno por aula) para

Variables socio demográficas	Control		Intervención		Total		Significación estadística p
	n	%	n	%	n	%	
<b>CONSUMO DE TABACO</b>							
Diario o semanal	22	2,6	50	4,7	72	3,7	
Inferior semanal	79	9,2	78	7,3	157	8,1	
Ex-fumador	17	2,0	15	1,4	32	1,7	
No fumador actual	198	23,0	255	23,8	453	23,4	
Nunca lo ha probado	545	63,3	673	62,8	1218	63,0	0,063
<b>DEPORTE DÍAS DE CLASE</b>							
0 - 2 veces	376	45,7	472	45,3	848	45,5	
3 o más veces	446	54,3	570	54,7	1016	54,5	0,848
<b>CONSUMO DE ALCOHOL ÚLTIMO MES</b>							
Diario	5	0,6	2	0,2	7	0,4	
Inferior a semanal	14	1,7	14	1,4	28	1,5	
Semanal	48	5,9	48	4,7	96	5,2	
No he bebido	741	91,7	965	93,8	1706	92,9	0,244
<b>CONSUMO CANNABIS O MARIHUANA</b>							
Semanal	1	0,1	7	0,7	8	0,4	
Al menos una vez al mes	2	0,2	5	0,5	7	0,4	
Menos de una vez al mes	1	0,1	3	0,3	4	0,2	
A veces	10	1,2	9	0,9	19	1,0	
Nunca	828	98,3	1015	97,7	1843	98,0	0,264
<b>CONSUMO TRANQUILIZANTES</b>							
Semanal	3	0,4	4	0,4	7	0,4	
Al menos una vez al mes	2	0,2	4	0,4	6	0,3	
Menos de una vez al mes	-	-	5	0,5	5	0,3	
A veces	16	1,9	18	1,7	34	1,8	
Nunca	820	97,5	1005	97,0	1825	97,2	0,346
<b>TOTAL</b>	<b>872</b>	<b>100,0</b>	<b>1080</b>	<b>100,0</b>	<b>1952</b>	<b>100,0</b>	

*Nota: En ocasiones la suma de los casos no corresponde al total porque excluye aquellas respuestas no contestadas.*

TABLA III. Comparación de las variables de consumo de tabaco, alcohol, drogas y realización de ejercicio físico según grupo control e intervención. Alumnos de 1º de ESO. Barcelona, 1.998.

analizar el grado de exhaustividad en la respuesta de los alumnos. La muestra revisada correspondió al 4,2% de todos los cuestionarios; en ella, ninguno de los estudiantes dejó sin contestar todo el cuestionario.

La consistencia interna entre dos preguntas sobre consumo de tabaco y dos sobre consumo de alcohol fue elevada (= 84%).

La tabla II presenta la descripción de la muestra de los 1952 alumnos de primero de ESO encuestados. La mayoría de los estudiantes, un 87,6%, tenía 13 años en el momento de la encuesta, un poco más de la mitad de los alumnos cursaba 1º de ESO en escuelas concertadas, un 41,0% en centros públicos y un 6,2% en centros privados no concertados.

En los estudios del padre y de la madre se añade la categoría “no consta” puesto que existe un porcentaje de no-respuesta superior al 5%. Un 32,6% de escolares, la mayoría de los que contestaron, manifestaron que tanto sus padres como sus madres cursaron estudios de EGB, BUP o COU.

El 41,4% de los alumnos recibieron menos de 300 pesetas por semana para gastos en el momento de la entrevista. El 53,1% de los chicos y chicas de la muestra vivían en barrios con índice de Capacidad Económica Familiar (ICEF) de nivel medio, el 37,6% en barrios con ICEF bajo y el 9,3% en barrios con ICEF alto.

Esta tabla también compara las variables sociodemográficas de los grupos control e intervención en el momen-

to previo a la intervención. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de género, edad y de dinero disponible para gastos durante la semana. En cambio, los dos grupos resultaron ser diferentes en cuanto a la titularidad del centro, estudios de los padres e ICEF según el barrio de residencia. En el grupo intervención, el 57,2% de los centros son públicos, en cambio, en el grupo control, la mayoría, el 68,1%, son concertados. En el grupo control existe una mayor proporción de estudiantes cuyos padres y madres cursaron estudios universitarios, en comparación al grupo intervención. En cuanto al ICEF, el 42,9% de los alumnos, en el grupo intervención, reside en un barrio con ICEF bajo, en comparación a un 30,5% en el grupo control.

La tabla III describe el consumo de tabaco, alcohol, drogas y la realización de ejercicio físico en toda la muestra. El 63,0% de todos los estudiantes de 1º de ESO (62,2% de los chicos y 64,1% de las chicas) no han probado nunca el tabaco mientras que el 3,7% (3,5% de los chicos y 3,8% de las chicas) son fumadores diarios o semanales, el 8,1% (7,4% de los chicos y 8,8% de las chicas) fuman menos de una vez por semana o esporádicamente, sólo un 1,7% se consideran ex-fumadores y un 23,4% de los estudiantes de esta edad afirmaron haber probado el tabaco alguna vez, pero no fumaban en el momento de la encuesta.

En cuanto al consumo de alcohol, prácticamente el 93% de los chicos y chicas de esta edad no han bebido nunca al menos medio vaso de cualquier bebida alcohólica mientras que un 5,2% (5,7% de los chicos y 4,6% de las chicas) consumen alcohol al menos una vez por semana.

En relación con la realización de ejercicio físico durante los días de clase, el 54,5% (61,3% de los chicos y 47,5% de las chicas) hace deporte más de dos veces por semana.

El consumo de drogas se mantiene muy bajo en 1º de ESO. El 98% de los estudiantes no han probado nunca cannabis o marihuana y sólo el 1% (1,1% de los chicos y 1,0% de las chicas) refiere que alguna vez lo han hecho. Lo mismo ocurre con el consumo de pastillas para dormir o tranquilizantes; más de un 97% dice que no los han tomado nunca mientras que prácticamente el 1,8% (1,9% de los chicos y 1,7% de las chicas) reconoce que a veces lo han hecho.

La tabla III también presenta la comparación de las variables relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol, drogas y la realización de ejercicio físico entre el grupo control e intervención. No hubo diferencias significativas en cuanto al consumo de alcohol, de cannabis y tranquilizantes, ni en la realización de ejercicio físico durante los días de clase entre los grupos control e intervención.

En cuanto al consumo de tabaco, tampoco se observaron diferencias significativas entre los dos grupos, aun-

que cabe resaltar que en el grupo intervención, un 4,7% de los niños se consideraron fumadores diarios o semanales en comparación con un 2,6% en el grupo control.

## DISCUSIÓN

El Proyecto ESFA (*European Smoking prevention Framework Approach*) en Barcelona supone el primer estudio de seguimiento a lo largo de 4 años en una muestra representativa de los escolares de la ciudad. Este Proyecto incluye una intervención a tres niveles, en el aula, en el entorno escolar y en el distrito de la ciudad donde se ubican las escuelas y viven los escolares. El proyecto sigue el modelo ASE (*Attitudes-Social influences-self-Efficacy*) que explica la conducta fumadora a partir de la intención de fumar en el futuro y la relación de esta variable con otros tres factores llamados "proximales": las actitudes hacia el tabaco, las influencias sociales y la autoeficacia<sup>9</sup>.

El presente artículo ofrece los datos preliminares observados en la muestra objeto de estudio, previos al inicio de la intervención educativa desarrollada sobre el grupo experimental a partir del primer año del estudio (curso 1998-99).

Los resultados indican que los dos grupos integrantes del estudio ESFA, experimental y control, son muy similares para las principales variables sociodemográficas y conductuales exploradas, excepto en el nivel socioeconómico, tipo de escuela y consumo regular de tabaco. Estos escolares presentaban una baja prevalencia de consumo experimental y regular de tabaco al inicio del estudio (octubre de 1998), así como de consumo de alcohol y otras drogas ilegales.

Los datos encontrados revelan que el 88,2% de los escolares de 1º de ESO (la gran mayoría de ellos de 13 años de edad) se declaraban no fumadores, de los cuales dos terceras partes eran alumnos que nunca lo han probado y una tercera parte habían fumado, pero no fumaban en la actualidad. Por contra, un 8,1% de los escolares eran experimentadores, con una proporción superior entre las chicas respecto de los chicos, pero sin que sean significativas estas diferencias. Finalmente, un 3,7% de los encuestados se declaraba fumador habitual, de los que un 1,2% lo hacía diariamente. No había diferencias significativas según el sexo entre los fumadores regulares.

En anteriores estudios realizados con población catalana o barcelonesa se encontraban valores similares. Díez et al<sup>4</sup>, en su estudio con escolares de esta edad, identificaba una proporción menor de fumadores regulares, 1,1%, pero una proporción semejante de experimentadores, 8,6%. Ariza

et al<sup>3</sup>, en una muestra de escolares de Barcelona y Lleida encontró una proporción algo mayor de fumadores regulares (5,8%) entre escolares de 13 años y 9,5% de experimentadores. En otro estudio internacional, con participación de escolares españoles de Oviedo (estudio Octopus<sup>15</sup>) los fumadores regulares en escolares un año menores a los de este estudio fue de 1,5% de fumadores regulares y un 14,7% de experimentadores. En cualquier caso, todos los estudios indican un consumo irregular y ocasional, así como un pequeño grupo de fumadores regulares, que oscila entre el 1,1% y el 5,8%, según los estudios citados, lo que refuerza la importancia de la implementación de los programas preventivos sobre el tabaquismo en esta etapa.

El consumo de otras sustancias adictivas, por el contrario, es mucho más bajo en la edad que nos ocupa. Los datos que se presentan muestran que tan sólo un 5% de escolares declaraba consumir bebidas alcohólicas semanalmente. Estas proporciones son claramente inferiores a las encontradas por Ariza y Nebot<sup>16</sup> en un estudio con escolares de Barcelona, algunos meses más mayores, en el que un 13,6% de escolares manifestaba consumir bebidas alcohólicas el fin de semana, con un claro predominio de chicas (17,3%) sobre los chicos (8,4%) en dicho estudio. En el presente estudio también se pone de manifiesto que un 2% de escolares tiene contacto ocasional o periódico con la marihuana y un 2,8% con los tranquilizantes, valores cuya evolución convendrá seguir en esta misma cohorte en fases posteriores del estudio.

Por otro lado, más de la mitad de escolares declara realizar actividad física tres o más veces por semana, proporción superior al porcentaje observado entre los escolares de 13-14 años de Barcelona, en el curso 1986-87.

Otro aspecto de interés en el momento de iniciarse el estudio reside en la comparación de resultados del grupo experimental con los del grupo control. Respecto a los resultados sobre datos sociodemográficos (Tabla II), el grupo intervención, emplazado en el distrito 10 de la ciudad (St. Martí), presenta unos valores para el nivel socioeconómico (representado por el índice de capacidad económica familiar (ICEF) del barrio de residencia de los escolares) algo inferiores a los del grupo control. La diferencia, de doce puntos del valor de ICEF promedio de los escolares del grupo control pertenecientes a escuelas emplazadas en los otros nueve distritos de la ciudad, es significativa. Por otro lado, una mayoría de escuelas del grupo control son concertadas (de titularidad privada, pero con concierto público pleno) (68,1%), mientras que en Sant Martí la proporción de centros públicos, con relación a los concertados, es mucho mayor, por lo que hay diferencias significativas entre los dos grupos para el tipo de escuela.

Debido a que el tipo de escuela y el nivel socioeconómico son variables que están implicadas, junto a otros determinantes, en influenciar las conductas de salud<sup>13</sup> y los programas de intervención, convendrá tener presente este hecho en fases ulteriores del presente estudio.

Por otro lado, en la comparación de conductas de salud entre los grupos experimental y control, el hecho más relevante es la diferencia encontrada en la proporción de fumadores regulares entre los escolares del grupo experimental, 4,7% y la de los del grupo control, 2,6%. Sin llegar a identificarse diferencias claramente significativas, sí parece un dato a tener en cuenta cuando se evalúe el impacto de la intervención en curso sobre las conductas de los adolescentes de este grupo.

El carácter prospectivo del estudio permitirá en posteriores comunicaciones la descripción por primera vez de la historia natural del tabaquismo entre los escolares barceloneses, así como delimitar los principales predictores de la iniciación y consolidación de la conducta fumadora y el resto de conductas de salud estudiadas en esta población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Murray C, López AD. The global burden of disease. Cambridge: Harvard School of Public Health, World Health Organization and World Bank; 1996.
2. Mendoza R. Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles. *Comun Drogas* 1987; 5/6: 83-102.
3. Ariza C, Nebot M. Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria. *Gac Sanit* 1995; (9): 101-110.
4. Díez E, Villalbí JR, Nebot M, Aubá J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)* 1998; 110(9): 334-339.
5. Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M. Tendencias en el tabaquismo de los escolares. Barcelona, 1987-1996. *Aten Primaria* 1999; 23: 359-362.
6. Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83: 872-880.
7. Vartiainen E, Korhonen H, Koskela K, Puska P. Twenty year smoking trends in a community based cardiovascular disease prevention programme. Results from the North Karelia project. *Eur J Public Health* 1998; 8: 154-159.
8. De Vries H, Ariza C, Bakker M, Holm K, Mudde AN, Lethovuori R et al. European smoking prevention framework approach. Las Palmas: European Conference on Tobacco or Health CD-ROM, 1999.
9. De Vries H, Dijkstra M, Kulhman P. Self-efficacy: the third factor besides attitudes and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Educ Res* 1988;3: 273-282.

10. De Vries H, Weyts W, Dijkstra M, Kok GJ. The utilization of qualitative and quantitative data for health education program planning, implementation and evaluation: a spiral approach. *Health Educ Quarterly* 1992; 19: 101-115.
11. De Vries H. Smoking prevention in Dutch adolescents. Maastricht: Datawyse; 1989.
12. Aluja T. Index de capacitat econòmica familiar a la ciutat de Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona y Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona; 1991
13. Comín E, Nebot M, Villalbí JR. Ejercicio y consumo de tabaco y alcohol de los escolares de Barcelona. *Gac Sanitaria* 1989; 3: 355-365.
14. Norussis MJ. SPSS/PC+ for the IBM/PC/XT/AT. Chicago: SPSS Inc; 1986.
15. Ausems M, Charlton A, Comas A, De Vries H, Douglas J, Fernández-Carral M. El Proyecto OCTOPUS: descripción de los determinantes de la conducta tabáquica en adolescentes con el modelo ASE. Las Palmas: European Conference on Tobacco or Health CD-ROM, 1999.
16. Ariza C, Nebot M. Consumo de alcohol en escolares. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 481-486.

## Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo

C.A. Jiménez-Ruiz<sup>1</sup>, J. Ayesta<sup>2</sup>, M.A. Planchuelo<sup>3</sup>, R. Abengoza<sup>4</sup>, M. Torrecilla<sup>4</sup>, A.M. Quintas<sup>5</sup>, M. Hernández<sup>5</sup>, E. de la Cruz<sup>7</sup>, B. Ramos<sup>5</sup>, J.M. Romero<sup>4</sup>, S. Alonso Viteri<sup>1</sup>, I. de Granda<sup>1</sup>, C. Méndez<sup>4</sup>, F. Camarellas<sup>4</sup>, S. Solano<sup>1</sup>, y el grupo SEDET

<sup>1</sup>Especialista en Neumología. <sup>2</sup>Profesor titular de Farmacología. <sup>3</sup>Especialista en Medicina del Trabajo. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>5</sup>Licenciada en Farmacia. <sup>6</sup>Especialista en Salud Pública. <sup>7</sup>Especialista en Pediatría

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido grandes cambios en el enfoque terapéutico del tabaquismo. Sin duda, la mayor parte de ellos han sido impuestos por la pléyade de estudios científicos que han incrementado nuestro conocimiento sobre esta drogodependencia.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que en más del 80% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad, y que produce muerte prematura a más de la mitad de aquellos que lo padecen, a través de enfermedades cardiovasculares, pulmonares y tumorales<sup>1,2</sup>.

Un reciente informe de la OMS establece que para disminuir drásticamente las tasas de morbi-mortalidad atribuibles al consumo de tabaco de forma perentoria, es fundamental conseguir que el mayor número posible de fumadores abandone definitivamente el consumo de tabaco<sup>3</sup>. En las últimas dos décadas se ha investigado a fondo sobre el tratamiento farmacológico de la nicotin-dependencia. El desarrollo de nuevos fármacos y de novedosas pautas de utilización, han supuesto que los índices de éxito del tratamiento de esta drogodependencia aumentaran significativamente<sup>1</sup>. Hoy en día no se comprende el abordaje terapéutico de un fumador que este dispuesto a hacer un serio intento de abandono, sin ofertarle un correcto tratamiento

farmacológico que le ayude a vencer la dependencia física que sufra por la nicotina.

Existen un buen número de guías terapéuticas, unas realizadas en nuestro país y otras en los de nuestro entorno, que tratan de optimizar los resultados de la intervención médica sobre los fumadores<sup>1,4-6</sup>.

La Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET), publica estas "Recomendaciones sobre Tratamiento Farmacológico del tabaquismo", con el principal objetivo de ofertar al clínico una guía práctica sobre las indicaciones, posología, efectos adversos y contraindicaciones de todos los fármacos que han demostrado eficacia en el tratamiento del tabaquismo, existentes en el mercado español en la actualidad. Pensamos que una guía de estas características servirá para cubrir una necesidad urgente entre los profesionales sanitarios españoles, al tiempo que iniciará el necesario debate que conduzca al establecimiento de una normativa para el tratamiento farmacológico de la nicotín-dependencia.

A continuación exponemos los tratamientos farmacológicos de primera elección en la terapia de la dependencia por la nicotina.

### 1. TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN)

#### 1.1. Concepto

Consiste en la administración de nicotina a fumadores que quieran dejar de serlo, por una vía diferente al consumo de cigarrillos, en dosis suficiente para evitar el síndrome de abstinencia, sin crear dependencia<sup>7</sup>. La base de

Correspondencia: Unidad de Tabaquismo. Hospital Princesa. C/ Diego de León, 62. 28006 Madrid

Recibido: 12 de febrero de 2001. Aceptado: 29 de marzo de 2001  
[Prev Tab 2001; 3(2): 78-85]

Número de cigarrillos/día	Test de Fagerström	CO (ppm)	TERAPIA SUSTITUTIVA			BUPROPIÓN
			Chicle	Parches de 24 horas	Parches de 16 horas	
10-19	# 3	< 15	2 mg 8-10 piezas 8-10 semanas	21 mg (4 semanas) 14 mg (4 semanas)	15 mg (4-6 semanas) 10 mg (2-4 semanas)	150 mg por las mañanas durante los tres primeros días para continuar con 300 mg/día, en dos tomas separadas al menos 8 horas, durante 7 a 9 semanas.
20-30	4-6	15-30	4 mg/90 minutos 10-12 semanas	21 mg (4 semanas) 14 mg (4 semanas) 7 mg (4 semanas)	15 mg + 10 mg (6 semanas) 15 mg (4-2 semanas) 10 mg (1-2 semanas)	
> 30	\$ 7	> 30	4 mg/60 minutos 12 semanas	21 mg (6 semanas) 14 mg (4 semanas) 7 mg (2 semanas)	15 mg + 10 mg (6 semanas) 15 mg (4 semanas) 10 mg (2 semanas)	
			<b>Terapia Combinada</b>			<b>Terapia Combinada</b>
			(Parches como tratamiento de base + Chicles a demanda) (Parches como tratamiento de base + Spray a demanda)			Bupropión + chicles nicotina (Iniciar el chicle el día que se decida abandonar el tabaco)

TABLA I. Pautas farmacológicas en función de las características del fumador. (Modificación de las recomendaciones SEPAR<sup>6</sup>).

este tratamiento está en la cinética de la nicotina en el organismo. Tras cada "calada" la nicotina alcanza rápidamente altas concentraciones en la sangre llegando al cerebro en menos de 9 segundos y estimulando los receptores mesolímbicos<sup>8</sup>.

Se utilizan varios tipos de dispositivos para suministrar la nicotina: chicles, parches, inhalador bucal, spray nasal y comprimidos sublinguales. Con ninguno de estos se alcanzan picos de nicotemia tan altos como los que se obtienen con el cigarrillo, aunque sí se alcanzan niveles superiores a 10ng/ml, que son suficientes para disminuir significativamente la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia<sup>8</sup>.

A continuación, comentaremos cada uno de los tipos de T.S.N. existentes en el mercado español.

## 1.2. Formas de administración

### 1.2.1. Chicle de nicotina

Se trata de una goma de mascar que lleva disuelta nicotina y una resina de intercambio iónico que va a mantener alcalino el pH de la boca, con el fin de favorecer la absorción de la nicotina<sup>9</sup>. Es muy importante, por básico que parezca, que adiestremos a nuestros pacientes en la técnica de utilización; se debe de introducir la pieza en la boca y masticarla hasta la obtención de un fuerte sabor amar-

go, que nos indicará el inicio de la liberación de nicotina; posteriormente se retirará el chicle hacia la mucosa yugal, repitiéndose la operación cuando el sabor haya desaparecido. Se llevará a cabo tantas veces como sean necesarias hasta que ya no se obtenga el sabor, lo cual indicará que ya no existe sustancia activa para ser liberada. Es conocido que en 20 minutos se ha liberado el 90% de la cantidad disuelta<sup>1</sup>.

Existen en la actualidad comercializados chicles de 2 y 4 mg de nicotina; los primeros están especialmente indicados en fumadores con baja dependencia nicotínica, y los de 4 mg en fumadores con moderada-alta dependencia nicotínica. Es el sistema más recomendable para aquellos pacientes que necesitan altas concentraciones de nicotina en sangre, de manera rápida.

Los fumadores con baja dependencia deberán utilizarlos a dosis de una pieza de 2 mg cada 2 horas mientras estén despiertos, durante un periodo de 8 a 10 semanas, reduciendo la dosis de forma progresiva a partir de la sexta u octava semana<sup>1,4-6</sup>.

Los fumadores con una moderada-alta dependencia utilizarán una pieza de 4 mg cada hora u hora y media, mientras estén despiertos, durante 10-12 semanas. En fumadores con alta dependencia se puede prolongar la utilización de chicle hasta 6 o 12 meses<sup>1,4-6</sup>. La tabla I muestra unas indicaciones generales de uso de esta forma de terapia.

### 1.2.2. Parche de nicotina

Se trata de un sistema de dispensación transdérmica de nicotina, consistente en una fina capa de adhesión a la piel, por encima de la cual aparece un reservorio de nicotina. La liberación de la droga se realiza de manera progresiva, manteniendo niveles más estables durante el tiempo de utilización<sup>10</sup>.

Se debe colocar el parche sobre una zona de piel limpia y seca, apilosa y cambiar diariamente el punto de colocación<sup>10</sup>.

Los parches actualmente comercializados se diferencian por las horas y la cantidad de nicotina que pueden suministrar. Existen parches de 24 horas de liberación, que se mantienen puestos durante todo el día, que liberan dosis de 21, 14 y 7 mg de nicotina; y parches de 16 horas que liberan dosis de 15, 10 y 5 mg de nicotina, que se colocan durante el día. Ambos pueden ser utilizados en fumadores con alta, moderada o baja dependencia, variando las dosis y tiempo de utilización.

En fumadores con moderada y baja dependencia se recomienda utilizar parches de nicotina durante 8-12 semanas, a dosis de 21 mg/día si el parche es de 24 horas o de 25 mg/día si es de 16 horas de liberación. La dosis de nicotina puede ser reducida de forma brusca a partir de la 6<sup>a</sup>-8<sup>a</sup> semana de uso<sup>1,4-6</sup>.

En fumadores con alta dependencia es recomendable la utilización de parches más chicles o spray nasal<sup>1,4-6</sup> (Tabla I).

### 1.2.3. Spray nasal

Se trata de un sistema de administración de nicotina más novedoso que los dos anteriores. Consiste en un dispositivo de instilación unido a un depósito donde se encuentra la nicotina disuelta en una solución salina con pH neutro<sup>11</sup>.

El mecanismo de empleo se basa en la instilación nasal de "puff", que va a depositar la nicotina sobre la mucosa nasal; dada la gran vascularización de esta, se produce una rápida absorción que produce un pico de nicotinemias, similar al que aparece tras el consumo de cigarrillos aunque de menores concentraciones<sup>11</sup>.

El paciente debe de realizar una cuidadosa limpieza de las fosas nasales antes del empleo del spray nasal; posteriormente realizará una instilación en cada fosa nasal, depositando 0,5 mg de nicotina por fosa. Las dosis máximas recomendadas son de 5 mg a la hora y 40 mg al día; siempre con una pauta descendente controlada<sup>1</sup>. La pauta más común es la de 2-3 mg a la hora mientras que el sujeto esté despierto durante un periodo de 6 meses, reduciendo progresivamente la dosis a partir del tercer mes<sup>1,4-6</sup> (Tabla I).

	Locales	Sistémicas
Chicles de nicotina	Úlceras linguales Úlceras mucosa oral Dolor mandibular Dolor de garganta Molestias dentales Mal sabor de boca	Ardor apigástrico Náuseas Meteorismo Vómitos
Parches de nicotina	Prurito local Eritema Exantema	Cefalea Mialgias Mareos Dispepsia
Spray nasal de nicotina	Irritación mucosa Estornudos Obstrucción nasal Prurito nasal Lagrimeo	

TABLA II. Efectos adversos.

Este sistema de terapia sustitutiva está especialmente indicado en fumadores con alta dependencia nicotínica.

### 1.3. Efectos adversos

Cada uno de los sistemas referidos tiene una serie de reacciones adversas locales, según su vía de administración, y otras sistémicas dependientes del efecto de la nicotina en el organismo, que son más frecuentes e intensas cuando no se siguen las pautas establecidas. Los más importantes quedan reflejados en la tabla II. En general, aproximadamente el 25-35% de los sujetos que utilizan algún tipo de TSN, tienen efectos adversos locales que suelen ser leves y de corta duración, sin obligar a retirar el tratamiento. Una excepción son aquellos que utilizan spray, en los cuales la frecuencia de estos efectos colaterales es más elevada (hasta el 85-95% de los casos), aunque igualmente poco duraderos. Los efectos adversos sistémicos son menos frecuentes (10-15% de los casos) y aparecen sólo durante la 1<sup>a</sup>-2<sup>a</sup> semana de tratamiento<sup>7,9-12</sup>.

### 1.4. Contraindicaciones

Existen una serie de contraindicaciones al empleo de la terapia sustitutiva con nicotina, comunes a todos los sistemas de administración, que son aquellas situaciones en las que también se encuentra contraindicado el consumo de cigarrillos. Además de estas que comparten todos los dispositivos descritos, cada uno de ellos presenta contraindicaciones específicas según su vía de administración. Todas estas aparecen recogidas en las tablas III y IV<sup>7,9-12</sup>.



Chicles de nicotina	Parches de nicotina	Spray nasal de nicotina
Inflamación orofaríngea	Enfermedades dermatológicas	Pólipos nasales
Patología articulación temporomandibular	generalizadas	Rinitis
Problemas dentarios		Enf. crónicas de las fosas nasales
		Sinusitis

TABLA III. Contraindicaciones específicas de los sistemas de TSN.

## 1.5. Terapia combinada

### 1.5.1. Concepto

Consiste en la combinación de dos sistemas de terapia sustitutiva, con diferente velocidad de liberación de nicotina. Uno de ellos liberará lentamente la sustancia, manteniendo unos niveles en sangre más o menos estables, y emplearemos otro sistema que mediante una rápida liberación permita picos de nicotemia elevados en los momentos de "craving". El primero se empleará de forma pautada y el segundo será dosificado por el paciente según sus necesidades, sin sobrepasar nunca unas pautas máximas<sup>1,13</sup>.

### 1.5.2. Eficacia clínica

Como sistema de liberación lenta de nicotina se emplean los parches, ya que mantienen durante 16 ó 24 horas, según el tipo empleado, unos niveles de nicotina en sangre bastante estables<sup>13,14</sup>.

Los chicles y el spray nasal son empleados como coadyuvantes de los parches, al permitir alcanzar picos de nicotemia elevados cuando aparece en el fumador el "craving" o ansia de tabaco<sup>13,14</sup>.

Está especialmente indicada este tipo de terapia en fumadores con una moderada-alta dependencia nicotínica, sobre todo en las primeras fases de la deshabituación<sup>1,4,6</sup>.

Su historia se remonta a los años 90, cuando Fagerström observó que la abstinencia a las 48 horas era mayor combinando parches de 16 horas y chicles de 2 mg, que la obtenida con cada uno de los sistemas por separado<sup>13</sup>.

En la actualidad los tipos de terapia combinada más empleados son:

- Parches con chicles de 2 mg o de 4 mg. Hasta el momento se han realizado dos estudios controlados. En ambos se ha demostrado mayor eficacia de la terapia combinada con respecto a la monoterapia, tanto de chicles como de parches<sup>14,15</sup>.
- Parches más spray nasal. Dos estudios, uno de ellos utilizando spray nasal por más de tres años, han demostrado la eficacia de este tipo de combinación<sup>16,17</sup>.

- Infarto agudo miocardio reciente (menos de 4 semanas)
- Arritmias cardíacas severas
- Angor inestable
- Embarazo y lactancia\*
- Ulcus gastroduodenal activo

\* Ver el apartado terapia sustitutiva y embarazo-lactancia

TABLA IV. Contraindicaciones generales de TSN.

- Parches más bupropión. Es la más novedosa y está en fase de estudio. Podría estar indicada en fumadores con alta dependencia. Durante su utilización la tensión arterial debe ser cuidadosamente controlada<sup>18</sup>. Sería recomendable valorar la combinación de bupropión con chicles o spray nasal.

## 1.6. Terapia sustitutiva con altas dosis de nicotina

### 1.6.1. Concepto

La principal causa de recaídas durante la fase inicial de la deshabituación tabáquica radica en el síndrome de abstinencia. Aunque con la terapia sustitutiva con nicotina anteriormente referida se consigue disminuir sus síntomas, debemos tener en cuenta que se alcanzan niveles de nicotemia inferiores al 50% de los obtenidos con el consumo de cigarrillos (entre el 35 y el 65% de los niveles de cotinina en sangre de un fumador activo). Este punto es clave a la hora de entender las recaídas en pacientes en fase de deshabituación<sup>19</sup>.

De lo anterior ha surgido una nueva corriente de tratamiento que intenta mantener sustituciones del 90 al 100%, indicada sobre todo en pacientes con una alta dependencia, que han tenido fracasos en anteriores intentos de abandono y con niveles de cotinemia superiores a 250 ng/ml<sup>20</sup>.

### 1.6.2. Eficacia clínica

Este tipo de tratamiento debe llevarse a cabo en Unidades Especializadas de Tabaquismo, con un estricto control de los pacientes para la detección precoz de efectos adversos o de los síntomas de una posible intoxicación nicotínica; si bien estos son muy poco frecuentes.

Los estudios realizados han demostrado que al aumentar la dosis de nicotina también se incrementan, aunque moderadamente, los índices de éxito en la abstinencia<sup>19,21</sup>.

## 1.7. Seguridad de la terapia sustitutiva con nicotina

La nicotina es la principal sustancia responsable de la dependencia generada; cabe pensar que la terapia sustitutiva, ya que también emplea dicha sustancia, puede gene-

rar dependencia. Sin embargo esto es muy poco frecuente ya que:

- Las concentraciones de nicotina alcanzadas en sangre son inferiores al 50% de las que genera el consumo de cigarrillos<sup>19</sup>.
- Que los picos de nicotemia alcanzados son menores o casi inexistentes; en este punto el spray nasal es el que mayor pico de nicotemia alcanza, siendo el sistema con mayor generación de dependencia<sup>8-21</sup>.
- El paciente tiene conciencia de estar bajo un tratamiento médico<sup>8</sup>.
- El efecto placentero de la terapia sustitutiva es menor que el alcanzado con el consumo de cigarrillos<sup>8-21</sup>.

Pero la seguridad no sólo radica en el menor riesgo de generar dependencia. Es conocido que la mayoría de las enfermedades derivadas del consumo de tabaco no se deben a la nicotina, sino al gran número de sustancias contenidas en el humo. Así pues, al obviar con la terapia sustitutiva la exposición al humo del tabaco, conseguiremos reducir el riesgo de desarrollo de enfermedades derivadas: tumores (relacionados con el alquitrán y otros hidrocarburos aromáticos policíclicos), enfermedades cardiovasculares (donde la carboxihemoglobina tiene un papel importante) patología bronquial (derivada de la acción de sustancias oxidantes sobre el epitelio bronquial)<sup>22</sup>, ...

### **1.8. Terapia sustitutiva con nicotina y embarazo**

El consumo de tabaco es la causa evitable más frecuentemente relacionada con la patología gestacional. Esta puede estar relacionada con la hipoxia generada al disminuir el flujo placentario y del cordón umbilical, y con la alteración directa del desarrollo fetal; ambas tienen en la nicotina la sustancia causal principal<sup>23</sup>.

Así pues conociendo lo anterior es comprensible la importancia del abandono del tabaco por parte de la mujer gestante; y por lo tanto de la viabilidad de terapias que ayuden a ese fin.

Existen pocos estudios sobre el empleo de la terapia sustitutiva con nicotina en mujeres embarazadas; sin embargo de ellos se vislumbra que los fetos no sufren más patologías que aquellos hijos de mujeres fumadoras. Aunque está pendiente la realización de más estudios, para conocer las dosis y tiempo de empleo de esta terapia, debemos tener en cuenta que<sup>24</sup>:

- Debe utilizarse la terapia sustitutiva antes de la 18 semana de gestación, ya que posteriormente aumenta el riesgo de secuelas al aparecer los receptores cerebrales nicotínicos en el feto
- Las dosis empleadas deben ser inferiores, ya que el feto se encuentra expuesto a altas concentraciones dadas las

características del líquido amniótico y a que no puede metabolizar la nicotina.

### **1.9. Terapia sustitutiva con nicotina y cardiopatía isquémica**

La patogenicidad de la nicotina en la cardiopatía isquémica se relaciona con mecanismos simpáticos de liberación de catecolaminas; y el nivel de estas con la rapidez de aparición de la nicotina en sangre y la concentración de la misma<sup>8,21</sup>. Pero existen otros mecanismos indirectos que colaboran en la generación de dichas patologías como es la alteración lipídica, el efecto pro-agregante del tabaco<sup>8,21</sup>,... etc.

Por lo anterior, dado que el consumo de cigarrillos conduce a altos y rápidos picos de nicotemia, se explica el incremento de riesgo que supone el mismo para el desarrollo de cardiopatía isquémica<sup>8,21</sup>.

La terapia sustitutiva con nicotina, evita aquellos mecanismos que producen picos de nicotemia elevados, resulta segura en pacientes con enfermedades cardiovasculares de base y no incrementa el desarrollo de las mismas en pacientes asintomáticos en fase de deshabitación<sup>25,26</sup>.

### **1.10. Terapia sustitutiva con nicotina e hipertensión arterial**

Como ya se ha referido en el apartado anterior, el tabaco induce mecanismos simpáticos que llevan a la vasoconstricción; esto asociado a los daños vasculares generados y a los trastornos lipídicos, explican el papel favorecedor del tabaco en la etiopatogenia de la hipertensión arterial. En todas las alteraciones referidas, la nicotina junto a las sustancias oxidantes detectadas en el humo, tienen un importante papel causal<sup>8,21,25,26</sup>.

Por lo tanto parece razonable que la terapia sustitutiva, al evitar el contacto con el humo del tabaco y al permitir exposiciones a dosis menores de nicotina, sea segura y no incremente las cifras de tensión arterial<sup>25,26</sup>.

### **1.11. Conclusiones y recomendaciones prácticas de la TSN**

La TSN es un tratamiento farmacológico de primera línea en los fumadores en fase de preparación<sup>1,4-6</sup>.

En fumadores con baja o moderada dependencia la utilización de chicles o parches es lo más recomendado. En fumadores con alta dependencia está indicado el uso de spray nasal o terapia combinada o TSN a altas dosis<sup>1,4-6</sup> (Tabla I).

La prescripción de chicles de nicotina obliga a una explicación detallada de la forma y el mecanismo de acción de los mismos. Las piezas de 2 mg están indica-

das en fumadores con baja dependencia, las de 4 mg están más indicadas en fumadores con alta y moderada dependencia<sup>1,4,6</sup>.

Los parches de nicotina representan una de las primeras elecciones en el tratamiento de fumadores con baja o moderada dependencia en el ámbito de la atención primaria.

La utilización de TSN en fumadores con enfermedad cardiovascular controlada que estén en fase de preparación y/o de acción debe ser recomendada<sup>25,26</sup>.

El empleo de TSN en fumadoras embarazadas que están en fase de preparación y/o acción, debe ser considerada valorando los riesgos que la salud de la madre y del feto corren por el consumo de tabaco, y los riesgos que a la salud del feto acarrea la utilización de TSN. Cuando el uso de esta terapia en una embarazada haya sido establecido, se prescribirán chicles de nicotina a dosis moderadas y nunca después de las 18 semanas de gestación<sup>1,4-6,23,24</sup>.

## 2. BUPROPIÓN

### 2.1. Estructura química

Es el primer fármaco no nicotínico aprobado por la FDA para el tratamiento de la deshabituación tabáquica. Su estructura química no tiene nada que ver con la nicotina, y su mecanismo exacto de actuación es poco conocido<sup>27,29</sup>.

El nombre químico del bupropión es el hidrocloreuro de +-1-(3 clorfenil)-2-[(1,1-dimetil amino)-1- propanona.

Macroscópicamente, el hidrocloreuro de bupropión es un polvo blanco, soluble en agua, con un sabor amargo y con propiedades anestésicas locales en mucosa oral<sup>27,29</sup>.

### 2.2. Mecanismo de acción

Es un antidepresivo que actúa como inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina y noradrenalina, que no inhibe la monoaminoxidasa (MAO) y que apenas interfiere en la recaptación de serotonina. Su mecanismo exacto de acción se desconoce, pero parece estar mediado por mecanismos dopaminérgicos y noradrenérgicos a nivel de los núcleos accumbens y ceruleus cerebrales<sup>27,29</sup>.

### 2.3. Dosificación

En el mercado existe el hidrocloreuro de bupropión en comprimidos de liberación retardada de 150 mg.

La dosis recomendada es de un comprimido al día durante tres días, para pasar a dos comprimidos al día con una separación entre ambos de al menos 8 horas. El tratamiento se inicia cuando todavía el paciente fuma; hábito que debe abandonar entre una semana y quince días después de

iniciado el mismo, ya que en ese momento los niveles de bupropión en sangre serán estables<sup>30</sup>. El tratamiento se mantendrá de 7 a 9 semanas. En ocasiones está indicado la prolongación del tratamiento hasta cumplir tres, seis o, incluso, doce meses.

En el caso de pacientes ancianos, con enfermedad renal y/o hepática, se debe valorar cuidadosamente la indicación del tratamiento. En la actualidad no existen estudios científicos randomizados, pero se aconseja no sobrepasar la dosis de 150 mg/día en este tipo de pacientes<sup>18,30,31</sup>.

No es aconsejable el empleo de bupropión en menores de 18 años.

### 2.4. Eficacia clínica

Los estudios realizados con bupropión demuestran:

- Uno de cada tres fumadores que utiliza esta medicación a dosis de 300 mg /día durante un periodo de 7 a 9 semanas permanece abstinentes después de un año de seguimiento<sup>18,30</sup>.
- Bupropión a dosis de 150 mg/día durante un periodo de 7 semanas se mostró eficaz para ayudar a dejar de fumar<sup>30</sup>.
- En el único estudio realizado, hasta el momento, que compara la eficacia del parche contra la del bupropión, se observó que bupropión era el doble de eficaz que el parche de nicotina en mantener abstinencia completa durante un año<sup>18</sup>. Más estudios son necesarios.

### 2.5. Efectos adversos

A nivel del sistema nervioso central se han descrito episodios de insomnio, cefaleas, mareos,...., siendo las convulsiones la reacción adversa que merece especial atención, aunque su frecuencia es inferior al 1/1.000<sup>18,30</sup>. Éstas se relacionan con la dosis de bupropión empleada, que nunca debe de superar los 300 mg diarios; ésta se reducirá en pacientes con factores favorecedores de trastornos convulsivos como traumatismo craneoencefálico reciente, tumor del sistema nervioso central, abuso de alcohol o antidepresivos o su abstinencia,....

En piel pueden aparecer reacciones de hipersensibilidad; en el sistema digestivo se han descrito: sequedad de boca, náuseas, vómitos, dolor abdominal; y a nivel sistémico: fiebre, mialgias<sup>18,30</sup>,....

De todos estos efectos adversos, los más comunes son el insomnio y la sequedad de mucosas. El primero aparece en el 40% de los casos y el segundo en un 10%. Cuando aparece el insomnio, es recomendable tomar la última toma del día lo más alejado de la hora de dormir; tratando siempre que entre toma y toma transcurran al menos 8 horas<sup>1</sup>.

Fármaco	Dosis	Grado evidencia	Precio/día	Precauciones	Recomendaciones
Chicles 2 mg	8-10 pz/día 8-10 s	A	233-291 pts/día	Controlar correcta utilización	Prescribir en fumadores con baja dependencia o de forma puntual para controlar el "craving"
Chicles 4 mg	12-15 pz/día 3-6-12 meses	A	552-690 pts/día	Controlar correcta utilización	Prescribir en fumadores con moderada-alta dependencia. De forma puntual para controlar el "craving"
Parches 16 horas	25 mg/día 4-6s. 15 mg/día 2s. 10 mg/día 2 s.	A	453 pts/día 425 pts/día 386 pts/día	Avisar sobre cambio de localización y en zona no pilosa	Fumadores con dependencia baja o moderada
Parches 24 horas	21 mg/día 4-6s. 14 mg/día 2 s. 7 mg/día 2 s.	A	507 pts/día 442 pts/día 407 pts/día	Avisar sobre cambio de localización y en zona no pilosa	Fumadores con dependencia baja o moderada
Spray nasal	2-3 mg/hora 3-6-12 meses	A	620-840 pts/día	Alertar sobre efectos adversos primeros 3-4 días	Fumadores con alta dependencia
Bupropión	150 mg/día 3 días 300 mg /día de 7 a 12 semanas	A	230 pts/día 3 días 460 pts/día resto del tto.	Controlar medicación Control de convulsiones	Fumadores con dependencia moderada o alta Fumadores con antecedentes de depresión o alcoholismo Fumadores con previos intentos fallidos utilizando TSN Fumadores que rechazan TSN

TABLA V. Resumen.

## 2.6. Contraindicaciones

Como todos los fármacos, está contraindicado su empleo en pacientes con hipersensibilidad conocida al bupropión o a alguno de los excipientes que aparecen en su formulación.

No se debe emplear en pacientes con historia de anorexia o bulimia nerviosas, trastorno bipolar o en pacientes con trastorno convulsivo conocido<sup>18,30</sup>.

En pacientes que presentan cirrosis hepática grave no se debe emplear el bupropión, ya que su metabolismo principal se realiza a nivel hepático y se incrementaría el riesgo de intoxicación<sup>18,30</sup>.

En los pacientes en tratamiento con inhibidores de la mono-amino-oxidasa debe transcurrir un mínimo de 15 días de suspensión de estos fármacos, antes de iniciar la terapia con bupropión<sup>32</sup>.

## 2.7. Conclusiones y recomendaciones prácticas

Bupropión es un fármaco de primera elección en el tratamiento del tabaquismo. Está claramente indicado en aque-

llos fumadores con antecedentes de depresión, alcoholismo o en los que esté contraindicada la utilización de la TSN o que previamente fallaron con la misma<sup>1,4,6,18,30,31</sup>.

Se debe iniciar a dosis de 150 mg/día durante 3 días, y después continuar tratamiento por 7 a 12 semanas a dosis de 150 mg/2 veces al día<sup>18,30</sup>. Antes de pautarlo, se debe descartar la existencia de contraindicaciones para su utilización, controlando la toma de medicación concomitante y los antecedentes de convulsiones, bulimia o anorexia nerviosa y trastornos bipolares<sup>1,4,6,18,30,31</sup>.

## 3. RESUMEN

La tabla V muestra un resumen de las terapias para combatir la dependencia por la nicotina. En ella se expresan las dosis más habituales de las mismas, así como las recomendaciones y precauciones que se deben tener en su utilización. La tabla se completa con el precio aproximado diario de cada una de estas terapias.

## GRUPO SEDET

Miembros colaboradores: F. Domínguez, M. Durán, B. Steen, F. Napoli, I. Sánchez, T. García, M. Izquierdo, P. López, P. Díez, R. Fungueiriño, J.F. Pascual, C. García, J.M. Fuentes-Pila, J.L. Díaz-Maroto, C. Cortijo, J.J. Cebrián, A. Mas, J. López, A. Ferrero, E. Pedrejón, C. de Castro, L. Lázaro, F. Fernández, J. Signes-Costa, J. Riesco, S. Suárez, A. Miranda, R. García.

## 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service, June 2000.
2. Jiménez Ruiz CA. Tabaquismo: una vieja enfermedad ante un nuevo siglo. *Rev Pat Respir* 2000; 1: 3-4.
3. World Health Organization. Special Issue. World Non-Tobacco Day. May 2000.
4. The Agency for Health Care. Policy and Research smoking cessation. Clinical Practice Guideline. *JAMA* 2000; 283:3244-3254.
5. Raw M, McNeil A, West R. Smoking cessation guidelines for health professional. *Thorax* 1998; 53: 51-519.
6. Jiménez Ruiz CA, Solano S, González JM, Ruiz MJ, Florez S, Ramos A et al. Normativa sobre el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 335: 499-506.
7. Jiménez Ruiz CA. Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. *Rev Clin Esp* 1998; 198 (3): 181-185.
8. Henningfield JE. Nicotine medicatons for smoking cessation. *N Engl Med J* 1995; 2: 1196-1203.
9. Russell MAH, Raw M, Jarvis M. Clinical use of nicotine chewing gum. *BMJ* 1980; 28: 1599-1602.
10. Palmer K, Buckley M, Faulds D. Transdermal nicotine. *Drugs* 1992; 44: 498-529
11. Sutherland G, Stapleton J, Russell MAH. Randomized controlled trial of nasal nicotine spray in smoking cessation. *Lancet* 1992; 340: 324-329.
12. Jiménez Ruiz CA. Aproximación al tabaquismo en España: Tratamiento especializado, 1997. p. 151-167.
13. Fagerström KO. Combined use of nicotine replacement products. *Health Values* 1994; 18: 15-20.
14. Fagerström KO, Schneider N, Lunell E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatment for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology* 1993; 111: 271-277.
15. Kornitzer M, Burtzen M, Dramai X, Thijs J. Patch and gum in smoking cessation. A placebo controlled clinical trial. *Prevent Med* 1995; 24: 41-47.
16. Batra A, Schupp P, Buchkremer G. Combined use of nicotine replacement products in highly dependent smokers. Effectiveness of nasal spray and patch. Communication. The first International Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. Copenhagen; 1998.
17. Blondal T, Frank Zon M, Westin A. A double blind randomized trial of nicotine nasal spray as an aid in smoking cessation. *Eur Resp J* 1997; 10: 1583-1590.
18. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hugher AR et al. A controlled trial of sustained- release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
19. Tang JL, Law M, Wald M. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking. *BMJ* 1994; 308: 21-26.
20. Dale L, Hurt R, Offord K, Lawson G, Croghan I, Schroeder D. High dose nicotine patch therapy percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995 (274); 1353-1358.
21. Scheineider M. Nicotine therapy in smoking cessation. Pharmacokinetic considerations. *Clin Pharmacokinet* 1992; 23: 169-172.
22. Jiménez Ruiz CA, Cisneros Serrano C, Alonso Viteri S, Almonacid Sanches C, Perelló Bosch O, Granda JL, et al. Terapia sustitutiva con nicotina. Actualizaciones sobre el tratamiento del Tabaquismo. Documentos Técnicos de Salud Pública, 2000. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. p. 58-59.
23. Werler M, Pober B, Holmes L. Smoking and pregnancy teratology 1985; 32: 473-481.
24. Onkem C. Nicotine replacement during pregnancy. *Am J Health Behav* 1996;20: 300-306.
25. Huhtasari F, Asplund K, Lundberg V, et al. Tobacco and myocardial infarction. Is snuff less dangerous than cigarettes? *BMJ* 1992; 305: 1252-1256.
26. Benowitz N, Gourlay S. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: 1422-1431.
27. Nomikos GG, Damsma G, Wenkstern D, et al. Acute effects of bupropion on extracellular dopamine concentrations in rat striatum and nucleus accumbens studied by in vivo microdialysis. *Neuropsychopharmacology* 1989; 2: 273-279.
28. Cooper BR, Wang CM, Cox RF, Norton R, Shea V, Ferris RM. Evidence that the acute behavioral and electrophysiological effects of bupropion (Wellbutrin) are mediated by a noradrenergic mechanics. *Neuropsychopharmacology* 1994; 11: 133-141.
29. Ascher JA, Cole JO, Colin JN. Bupropion: a review of its mechanism of antidepressant activity. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 395-401.
30. Hurt R, Sachs A, Glover E, Offord K, Johnston J, Dale L et al. Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-1202.
31. Hayford KE, Patten CA, Rummans TA, Schroeder DR, Offord KP et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *Br J Psychiatry* 1999; 174:173-178.
32. Roose SP, Dalack GW, Glassman AH, Woodring S, Walsh BT, Giardins EGV. Cardiovascular effects of bupropion in depressed patients with heart disease. *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 512-516.

## La intervención antitabáquica del médico en la escuela: Dilema entre voluntariado *versus* gabinete técnico

A. Pérez Trullén<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> L. Clemente Jiménez<sup>2</sup>, R. Marrón Tundidor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Profesor Facultad de Medicina Unizar y Médico Adjunto de Neumología del Hospital Universitario "Lozano Blesa" Zaragoza.

<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Perpetuo Socorro, Huesca

---

El estado de salud de un individuo depende, en gran parte, de uno mismo y está determinado por su estilo de vida y por el medio ambiente en el que se desenvuelve<sup>1</sup>, constituyendo el tabaquismo, en los países industrializados, la primera causa prevenible de muerte prematura, invalidez y enfermedad<sup>2,3</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en la década de los 90, había en el mundo 1.100 millones de fumadores<sup>4</sup>, siendo el porcentaje en España del 36,9% (47,2% de hombres y 27,2% de mujeres)<sup>5</sup>. El tabaco ocasiona la muerte de forma directa o indirecta de al menos 3 millones de personas al año en todo el mundo (450.000 en los países de la Unión Europea; 50.000 en España)<sup>6-8</sup>. En un futuro, según datos estimados por Peto y publicados en 1999 en el Informe del Banco Mundial, la mortalidad mundial esperada como consecuencia del tabaquismo alcanzará la cifra de 520 millones de adultos durante la primera mitad de este siglo XXI<sup>9</sup>.

La industria tabaquera reconoció y estimó en 1991 que cada día perdía 5.000 clientes, de los cuales 3.500 por dejar de fumar y 1.200 como consecuencia de su muerte. El grupo que debe reemplazarlos en el consumo son los jóvenes, es decir, los niños, los adolescentes, y los adultos jóvenes que son los receptores de los esfuerzos de esta industria tabaquera, que vende un producto de consumo ilegal para los menores de edad y que en el plazo aproximado de uno a

tres años, independientemente de la edad, establecerán una potente adicción a la nicotina comparable a la de otras drogas. Difícilmente puede esperarse un cambio radical en la situación si no se consigue frenar la incorporación de los jóvenes al hábito tabáquico<sup>10</sup>.

La prevalencia y actitudes en los jóvenes y adolescentes son de considerable importancia como indicadores de las tendencias futuras. Lo usual, es que el hábito se instaura durante la adolescencia, y que las tasas de fumadores entre los jóvenes sean en la mayoría de los países tan altas o incluso superiores a las de los adultos. En los últimos 10 años han sido varios los estudios que han mostrado una elevada prevalencia del hábito tabáquico entre la población escolar (10-15 años), observándose un especial incremento del consumo entre las adolescentes<sup>11,12</sup>. En España un 15% de los jóvenes entre 14 y 15 años son fumadores regulares<sup>13</sup>, siendo el periodo crítico de adopción del hábito el final de la infancia y el inicio de la adolescencia<sup>14</sup>, habiendo un importante incremento del número de adolescentes que han experimentado con el tabaco conforme aumenta la edad de los mismos. Así, a los 17-18 años el 80% han consumido tabaco alguna vez y el 49% de los jóvenes de esa edad lo hacen regularmente, siendo algo mayor el consumo de tabaco en las chicas que en los chicos a partir de los 15 años<sup>15</sup>.

*El título nos obliga en primer lugar a centrar el problema actual en el que nos encontramos, el tabaco y los educadores, el tabaco y los escolares, así como la repercusión que tiene el tabaco en los centros educativos.*

Los instrumentos básicos en la lucha antitabaco son la información y la sensibilización de la población, a través de los medios de comunicación de masas, educación sanitaria en la escuela, aplicación de medidas legislativas coercitivas reguladoras de la venta, promoción y consumo de

---

Correspondencia: Dr. Alfonso Pérez Trullén. Servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". C/ San Juan Bosco nº 15. 50009 Zaragoza.

Subvencionado: Trabajo realizado, en parte, gracias a la ayuda de las becas SEPAR-98 y SADAR-98.

Recibido: 29 de enero de 2001. Aceptado: 15 de febrero de 2001 [Prev Tab 2001; 3(2): 86-93]

productos tabáquicos y finalmente, el consejo sanitario impartido por el profesional en la práctica asistencial, especialmente a nivel de Atención Primaria de Salud<sup>16</sup>.

Los hábitos de vida poco saludables como pueden ser el consumo de tabaco o alcohol, el sedentarismo y la dieta desequilibrada, se han relacionado con las principales enfermedades crónicas que afectan a la población actual<sup>17</sup>. Muchos de estos hábitos no saludables (entre ellos el tabaco) se adquieren en las primeras etapas de la vida y son difíciles de modificar una vez establecidos<sup>18</sup>. Es por ello que surge la necesidad de conocer cuáles son las conductas de los niños y de las personas de su entorno, así como sus actitudes en relación a estos hábitos, para intentar modificarlos o evitarlos<sup>19</sup>. Diversos autores como Glyn<sup>20</sup> y Pitche-  
nik<sup>21</sup> consideran que los primeros años de la adolescencia son la etapa idónea para intervenir sobre ellos.

Dado que los condicionantes que conducen al consumo de tabaco son multifactoriales, los programas de educación para la salud en el medio escolar deben abordar el problema globalmente, centrándose en los niños que previsiblemente todavía no se han iniciado en el consumo (10-12 años), estando basados en modelos de aprendizaje social que refuerzan la capacidad de los escolares para resistir las presiones del entorno, tanto macrosocial (publicidad), como microsocia (hermanos, amigos)<sup>22</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1987 recomendó el establecimiento y vigilancia de las normativas sobre el tabaquismo en las escuelas, como uno de los ámbitos privilegiados en el desarrollo y formación de los jóvenes<sup>23</sup>. Años después, el Director General de la OMS<sup>24</sup> en el Día Mundial Sin Tabaco de 1998, y bajo el lema "Creciendo Sin Tabaco", expresó su preocupación por este hecho, afirmando "... hemos creado un ambiente en el que los jóvenes reciben mensajes contradictorios y confusos sobre el tabaco. Sin embargo, esperamos que tomen la decisión correcta para su propia salud y se abstengan de fumar. Es responsabilidad nuestra ayudar a los jóvenes a resistir las presiones que reciben para fumar...". Además, "...es más eficaz y rentable evitar que los niños y adolescentes se inicien en el tabaquismo que intentar posteriormente cambiar la actitud y la dependencia una vez instaurada en los jóvenes o en los adultos fumadores..."<sup>25</sup>. Indicando la mayoría de los estudios que si el adolescente-estudiante sabe evitar el tabaco, es poco probable que de adulto sea fumador activo, y cuanto antes comience a fumar de forma regular más probable será su consumo rutinario en la edad adulta<sup>26,27</sup>.

La prevención, según Vega y Mendoza<sup>28</sup>, es la puesta en marcha de los medios apropiados para impedir la aparición de la problemática de las drogodependencias. Entre

los objetivos de la prevención estaría la distribución de información entre los niños y jóvenes, la promoción de una mayor comprensión de los problemas causados por las drogas, en nuestro caso por el tabaco, y dar a los jóvenes soluciones alternativas que respondan a sus necesidades y aspiraciones teniendo en cuenta la realidad y el entorno en el que vive el individuo<sup>29</sup>.

Según el estudio de Clemente<sup>27</sup>, aproximadamente un 2% de los niños de 10 años se declaran fumadores, motivo por el cual lo más apropiado sería realizar prevención primaria introduciendo los programas de prevención desde el mismo momento en el que el joven se escolariza, continuándolos en la enseñanza primaria, secundaria, en el ámbito universitario y consecuentemente también en el ambiente extraescolar. Los planes de prevención del tabaquismo se realizarán considerando específicamente el grupo de población al que van dirigidos, valorando su edad, entorno sociocultural, situación familiar y la interrelación de los múltiples factores que favorecen la adopción de decisiones a propósito del consumo de tabaco.

Así, la Prevención de la Enfermedad, aplicada al tabaquismo y entendiendo que prevenir no es sólo evitar el consumo sino una vez iniciado propiciar una mejor calidad de vida<sup>30</sup>, se realizará a tres niveles siguiendo la propuesta de Stokes<sup>31</sup>.

La "Prevención Primaria" cuya finalidad sería el evitar la incorporación de nuevos fumadores y en consecuencia disminuir su incidencia, siendo la población diana a los que van destinadas estas medidas preventivas los jóvenes y adolescentes. Hay dos tipos de actividades a realizar, como se ha comentado previamente, unas sobre la protección de la salud que se ejecutan en el medio ambiente y otras en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad ejecutadas sobre las personas; ambas llevadas a cabo mediante la "Educación Sanitaria". La escuela es el espacio ideal para detectar posibles factores de riesgo y el profesorado uno de los agentes preventivos indispensables, incorporando sus contenidos en el diseño curricular de una forma transversal.

La "Prevención Secundaria", pretende la interrupción de la progresión y/o su cese, estando destinada a los que están en contacto con el tabaco, fumadores activos, pero que todavía no presentan patología asociada. Este tipo de prevención es llevada a cabo mediante los llamados "cribados o screenings" y dentro de estos, con la búsqueda activa de casos en la población con mayores factores de riesgo, realizada esta búsqueda durante cualquier actividad sanitaria, aunque no tenga relación directa con la patología consultada. La Atención Primaria, incluidas las consultas de pediatría ambulatoria, son el marco ideal para este tipo de

prevención, porque proporciona acceso a toda la población, permitiendo la integración de las actividades preventivas con las curativas y favoreciendo el seguimiento del problema hasta su completa solución. De este modo aumentaremos el número de exfumadores y disminuirémos su prevalencia.

Finalmente la “Prevención Terciaria” cuya misión es la de frenar la evolución natural del consumo de tabaco, disminuyendo la morbimortalidad derivada de la misma, siendo el objetivo diana todo aquel fumador con patología relacionada con el consumo de tabaco.

Otra visión particular de la prevención es la aportada por Izquierdo<sup>32</sup>, quien la enfoca desde dos diferentes aspectos. Uno sería la “prevención específica” cuyo objetivo es evitar el uso indebido de tabaco a través una formación adecuada de la persona proporcionada por la familia, la educación y los demás medios que actúan sobre la misma. Y el otro la “prevención inespecífica” basada en la promoción de actividades y actitudes en los adolescentes que provoquen comportamientos que hagan innecesario el uso y abuso del tabaco.

La promoción de salud es el proceso de capacitación de las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de su salud. Constituye una estrategia que vincula al individuo con su entorno, combinando la elección personal con la responsabilidad social. Así, la promoción de salud implica trabajar con la gente, empezando y acabando en la comunidad, involucrando a todos los sectores de la sociedad, subrayando las dimensiones positivas de la salud<sup>33</sup>.

En los centros escolares, la Educación para la Salud debe impregnar el currículum y la línea educativa que sigue el centro, integrándose las iniciativas de prevención en el proyecto educativo y curricular, contando con la implicación del profesorado y la participación y apoyo de padres, alumnos, personal no docente... Los centros de educación infantil, primaria y secundaria son lugares idóneos para desarrollar estrategias de educación para la salud y de prevención del tabaquismo dada la obligatoriedad de la escolarización hasta los 16 años. Llegando a todos los niños durante el periodo más importante de la formación de su personalidad, periodo éste en el que la intervención del adulto tiene gran valor, constituyendo los profesores unos agentes preventivos, dada su cercanía a los alumnos y su papel modélico. Además permite actuar sobre los alumnos en los momentos de crisis en los que se encuentran especialmente vulnerables a múltiples riesgos en materia de drogodependencias, pudiendo detectar y actuar precozmente sobre dichos factores de riesgo<sup>33</sup>. Se ha destacado también, que los mensajes no explícitos que se transmiten a los escolares en relación con el tabaquismo

(como el consumo de tabaco en los centros por parte del personal o la permisividad hacia el consumo por parte de los alumnos o de otros adultos) tienen enorme impacto en la formación de opinión de los alumnos<sup>34</sup>.

Por otra parte, sabemos que el médico es el personal que más impacto produce en la emisión de mensajes socio-sanitarios. Es por ello que, en múltiples ocasiones se nos invita a participar en charlas y conferencias ante un público al que habitualmente no estamos acostumbrados ni preparados a dirigirnos, como es el escolar-adolescente; o a un colectivo con escaso tiempo disponible y gran acúmulo de trabajo, como es el docente<sup>35</sup>.

Según un estudio realizado por Ballestin<sup>10</sup>, la práctica totalidad de los centros consultados declara conocer los aspectos legales relativos al consumo de tabaco en centros de enseñanza, lo que desgraciadamente no se traduce en la práctica en una vigilancia activa de su cumplimiento, especialmente en algunos aspectos como la señalización o la restricción del consumo en el interior de los centros. Afirmando que un 98% de los directores de centros escolares declaró conocer la legislación, pero sólo un 58% manifestó vigilar activamente el cumplimiento de la legislación vigente.

El desarrollo y mantenimiento de políticas globales eficaces en el tabaquismo pasa inicialmente por la clara identificación de los problemas, por el conocimiento de la efectividad de las distintas alternativas de intervención y la clarificación de objetivos y enfoques adecuadamente contextualizados. No tiene ningún sentido la implantación de programas irrealizables, ni adecuados a la comunidad a la que van dirigidos, ni aceptados por la misma; en consecuencia si un programa no es aceptado por el grupo al que va dirigido, difícilmente llegará a ser implantado.

## PRINCIPIOS DE LA PREVENCIÓN DIRIGIDA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los estudios que han realizado un seguimiento del consumo de tabaco en los jóvenes, muestran que el proceso de inicio y continuación es un fenómeno complejo y multifactorial. Los factores asociados están relacionados tanto con elementos de base genética y biológica como con aspectos de personalidad, factores emocionales y psicológicos, situaciones familiares, aspectos escolares y grupales, con otras formas de relación, en el ambiente social y de la comunidad en general.

Durante el último cuarto de siglo se ha investigado en las vías y condicionantes etiológicos cuyo resultado final es el consumo de tabaco, identificándose factores que distinguen la situación vital de las personas que consumen taba-



co de aquellas que no lo hacen. Los factores asociados a un potencial consumo han sido llamados factores de riesgo, mientras que los factores asociados a un menor potencial de abuso se han calificado como factores de protección. Entre los **factores de riesgo** se han identificado tres grupos: **factores de riesgo individual** como son la edad, sexo, personalidad, (baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, falta de autonomía, de responsabilidad,...); **factores de riesgo microsocioal** como la sobreprotección familiar, la falta de comunicación, la sobreexigencia, el consumo de tabaco de los padres (que ocasiona que el riesgo de que sus hijos fumen es unas tres veces más probable), factores escolares y del grupo de amigos (mala adaptación, insatisfacción, presión de grupo, falta de alternativas de ocio); y finalmente los **factores de riesgo macrosocioal** entre los que destacan la gran disponibilidad, los intereses económicos y la publicidad, los tópicos sociales en relación al tabaco, etc.<sup>36</sup>.

Por otro lado debemos de considerar los factores que hasta el momento actual se han mostrado como **factores de protección**, cuya repercusión es variable a lo largo de las distintas etapas del desarrollo. Entre otros se puede destacar la existencia de saludables y fuertes relaciones con instituciones socializadoras como la familia, la escuela, instituciones de carácter social, así como una buena adaptación a la escuela y al medio social en el que habitualmente se desenvuelve el adolescente<sup>36</sup>.

Así, los programas de prevención del uso de drogas (tabaco) según Blasco et al.<sup>36</sup> deben ser integrales, estando dirigidos no únicamente al potencial consumidor, sino a la totalidad de la comunidad específica en la que nos encontramos, incluyendo padres, madres y cuidadores, contemplando el abuso de todo tipo de drogas (tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes, heroína, cocaína, sped...), e incorporando métodos interactivos como charlas, grupos de debate, que proporcionen a los jóvenes habilidades para rechazar el consumo y potencien la adquisición de actitudes sociales que permiten no recurrir al consumo del tabaco. Además, los programas de prevención de drogodependencias, deben constituir una realidad sin solución de continuidad en el tiempo, iniciándose en la escuela primaria, continuando en la secundaria e incluso en la universidad, siendo más intensa y precoz su instauración, cuanto mayor sea el nivel de riesgo de la población, y siempre adaptándose al grupo de edad al que van dirigidos.

Considerando estas premisas, observamos como la escuela constituye el marco ideal para llevar a cabo los programas de prevención de drogodependencias (tabaquismo), dado que permite, además de informar y educar de forma sistemática a los adolescentes, detectar precozmente el con-

sumo, e involucrar al equipo docente y a las asociaciones de padres de alumnos en el desarrollo del programa.

## **OBJETIVOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS (TABAQUISMO)**

La manera idónea de planificar una intervención de carácter preventivo en la escuela es mediante la elaboración de un proyecto integral de prevención para cada centro en particular<sup>33</sup>. Dado que nos garantiza la universalidad de la misma, llegando a todos los miembros de la comunidad educativa, así como una actuación coherente, mediante la implantación de un modo planificado y continuado en el tiempo del programa.

De este modo, a la hora de elaborar un programa de prevención de drogodependencias y en especial de tabaquismo, en primer lugar deberemos de plantearnos los objetivos que pretendemos alcanzar y posteriormente, valoraremos si los medios y material didáctico disponibles son apropiados para alcanzar nuestros objetivos<sup>35</sup>. Los objetivos que se debe de plantear un programa de prevención de drogodependencias (tabaquismo) deben ir encaminados específicamente a<sup>36</sup>:

- 1) Al “proceso de implantación”, involucrando a la totalidad de la comunidad educativa, avalando y apoyando los programas elaborados por el profesorado y llegando a actuar de un modo multidisciplinar.
- 2) A la “intervención educativa”, formación en valores, actitudes y toma de decisiones, aumentando la autoestima y fomentando actividades y habilidades sociales del joven que le alejen del consumo, teniendo presente que a mayor riesgo, se precisaría de una mayor necesidad de intervención.
- 3) A los “resultados”, retrasando la edad de inicio, así como reduciendo el consumo, incrementando el nivel de conocimiento de los alumnos sobre las distintas drogas.

Para que la prevención escolar en drogodependencias (tabaquismo) sea efectiva, es preciso crear un marco político unificador de criterios y generador de estructuras de apoyo que permita utilizar adecuadamente las estructuras ya existentes en el sistema educativo español, articulado en torno a la Ley del Ordenamiento General del Sistema Educativo (LOGSE), así como revisar los contenidos de la formación de los jóvenes estudiantes.

*Finalmente, analizaremos las dificultades detectadas, las opiniones favorables y las propuestas de actuación, aportadas por el personal docente y por los estudiantes, a la realización de prevención del tabaquismo en el ambiente escolar por parte del personal sanitario.*

## PERSONAL DOCENTE

### Dificultades

Existen múltiples dificultades que tanto los centros educativos con su personal docente como los propios estudiantes, plantean a la intervención antitabáquica del personal sanitario dentro del mismo:

#### A) *Actividad laboral y formativa*

1. Ajustado horario escolar en relación a los programas docentes exigidos.
2. Excesivo material informativo frente al material obligatorio y frente al horario escolar.
3. Excesiva oferta de temas extraescolares que se pretenden introducir en el “mundo escolar”, con lo que hay una reticencia a adoptarlos como tales.
4. Acúmulo (excesivo número) de tareas post-laborales y de cursos de formación.

#### B) *Problemática social y actitudes del centro*

1. Impedimentos por discrepancias institucionales no relacionados con el tema a debate (fuera de contexto).
2. Dificultades administrativas para que otras personas no docentes o que no pertenezcan al propio centro educativo intervengan en los cursos escolares, o puedan impartir información no controlada por ellos y que pueda, por tanto, no adecuarse a la “ética” del centro educativo en cuestión. E incluso en ocasiones preguntan previamente sobre la materia que iba a versar el tema. Por el contrario, en otros centros, ante la ausencia de implicación en el tema prefiere que otras personas lo hagan por ellos, en el caso de temas sanitarios por médicos.
3. Falta de sensibilización de la dirección de algunos centros. Algunos no creen en la utilidad de las actividades antitabaco a nivel escolar, alegando que a los estudiantes de primaria y secundaria que no fuman se les puede incitar a fumar. Por otro lado, argumentan que realizar la actividad sobre los estudiantes de ESO-BUP que fuman es una pérdida de tiempo, dado que los que ya han comenzado seguirán y sobre los que no fuman no hace falta hacerlo.
4. Afirmación de que los temas sanitario-preventivos son tratados suficientemente como temas transversales dentro del temario general.
5. Adaptarse a la realidad social de cada centro escolar. Es decir, situar el problema a debate en cada centro educativo en particular, es decir, no es lo mismo hablar del tabaco en un colegio privado religioso que uno laico, que en un “colegio marginal”, en el que el tabaco es un mal menor, debiendo concienciarles de diferente forma

y con otros objetivos primordiales como pueden ser el respeto a uno mismo y a otras personas, así como a los bienes ajenos.

#### C) *Incompatibilidad horaria del personal sanitario vs. docente*

Dificultades de compatibilizar horario laboral del profesional sanitario con el horario escolar.

### Opiniones favorables

1. Los sanitarios tienen mayor influencia en la educación sanitaria que cualquier otro docente.
2. Prevención primaria: evitando el inicio; reafirmando a los no fumadores.
3. Prevención secundaria: mediante la detección precoz de casos, (detectar a los fumadores ocasionales o de fin de semana, con el fin de evitar que se hagan adictos a la nicotina).
4. Prevención terciaria: promueve que los que fuman lo dejen.

### Propuestas de actuación

1. Aplicar la legislación vigente en todos los centros escolares.
2. Desarrollar un organismo institucional (existencia real en unos casos y efectiva en otros) coordinador de la formación de prevención del tabaquismo.
3. Crear un equipo multidisciplinar, el cual debe involucrarse en el diseño, programación, ejecución y evaluación de los programas, así como ser el encargado de la formación y asesoramiento sanitario antitabáquico.
4. Realizar un programa íntegro y prolongado, con implicación e involucración del personal educador. Argumentando la responsabilidad que ellos tienen al ser modelos a imitar y con gran influencia en los escolares.
5. Elaborar material específico en tabaquismo para el personal docente, que incluya: información general del tema, normas básicas preventivas, respuestas a las preguntas habituales, y propuestas de actividades relacionadas con el tabaquismo en el aula (ej. experimento de la botella).

## ESTUDIANTES

La formación en la escuela debe de completarse con el apoyo en el ambiente extraescolar; esto requiere que el ámbito familiar y el social estén preparados para su acción. Generalmente, los padres, sean o no fumadores, necesitan información sobre:

- a) Los factores que favorecen el tabaquismo en sus hijos y la influencia que el comportamiento paterno puede tener sobre ellos.
- b) La forma de orientar y tratar el tema con sus hijos.
- c) El comportamiento más correcto cuando comprueban que sus hijos se han iniciado en el hábito tabáquico.

Sobre el resto de la sociedad, la acción educativa debe buscar el desarrollo de una actitud ante el tabaco que evite que el joven perciba la acción de fumar como una costumbre socialmente aceptable. Es difícil que el joven capte los problemas del tabaco si se permite que éste aparezca ligado a actividades que, como las deportivas, le resultan muy importantes y atractivas<sup>37</sup>.

### **Dificultades**

Son múltiples las dificultades que tiene el personal sanitario que acude a los centros escolares para impartir conferencias–charlas en general y sobre el tabaquismo en particular, que vamos a intentar enumerar y explicar.

#### *A) Actividad laboral*

- 1. Demasiadas horas lectivas, con lo que los alumnos están cansados a la hora de las charlas.
- 2. Incluyen demasiados alumnos por actividad para poder aprovechar la visita y horario.

#### *B) Coordinación sanitario – escolar*

- 1. Diferentes edades dentro de un mismo centro, debiendo de adaptar las actuaciones a cada perfil escolar y en consecuencia hablar en el mismo nivel-registro lingüístico. En algunos centros con pequeño número de alumnos por curso, mezclan en una misma sesión (charla) a todos los alumnos.
- 2. Falta de formación del personal sanitario para contactar con los escolares.
- 3. Falta de autoridad del personal sanitario ajeno al centro: no puede puntuar ni evaluar.
- 4. Efecto rebote: el estudiante en principio piensa que las charlas están impregnadas de doble moralidad e incluso manipuladas, por lo que las rechazan.

#### *C) Problemática propiamente escolar*

- 1. La charla es un acontecimiento puntual y estático, que no analiza los factores concurrentes con el tema. Mientras que los programas de intervención son acontecimientos prolongados y dinámicos.
- 2. Adaptar los mensajes y los ejemplos a su mundo, sin mezclarlos ni crear confusión: Por ejemplo la incorporación en las charlas del mensaje de que el chocolate o el café o la coca-cola pueden crear adicción.

- 3. Escasa visión de futuro con respecto a la enfermedad.
- 4. Ambivalencia de mensajes entre la publicidad de las compañías tabaqueras y la información del personal sanitario.

### **Opiniones favorables**

A la hora de valorar qué repercusión tienen las charlas de tabaquismo en los estudiantes, estos valoran una serie de factores que influyen en ellos. Así este tipo de actividades representan para los alumnos:

- 1. Salir de la rutina clase-recreo-examen.
- 2. Resolver dudas sanitarias: afirmar que el tabaco es una drogadicción (clarificar que el hachís es una droga más, desmitificar el consumo de tabaco y hachís).
- 3. Conocer nueva información y formación preventiva sobre drogodependencias (tabaco): poseen gran capacidad de asimilación y adaptación a nuevas ideas.

### **PROPUESTAS DE ACTUACIÓN**

- 1. Se han hecho múltiples esfuerzos por desestimar a los jóvenes en el hábito de fumar, al conocerse que la presión de los compañeros del grupo parece tan efectiva para inducir a fumar, su influencia en la dirección opuesta puede ser el mejor mecanismo preventivo<sup>28</sup>.
- 2. Elaborar intervenciones y/o programas de recursos de forma prolongada y dinámica. Los programas más efectivos en la prevención del abuso de sustancias (tabaco) desde la escuela son los que refuerzan la capacidad personal de resistir a las presiones sociales. Mientras que la elaboración y puesta en práctica de programas basados en el reforzamiento de la autoestima o de prevención inespecífica no han mostrado resultados positivos apreciables en escolares, y en algún caso han sido incluso contraproducentes<sup>38</sup>. Los programas con buenos resultados incluyen los siguientes componentes: Un aprendizaje mediante métodos bidireccionales e interactivos, buscando especialmente la participación de los alumnos considerados líderes, suscitando en ellos declaraciones públicas de rechazo al consumo de tabaco; centrarse en clarificar los conocimientos preexistentes; eliminar la percepción errónea de que fumar es la pauta normal de conducta social; desarrollar habilidades para resistir las presiones sociales. Estos aspectos deben de tenerse en cuenta a la hora de planear iniciativas en nuestro medio para alcanzar resultados preventivos y no repetir experiencias carentes de eficacia<sup>38</sup>. En conclusión, la prevención de la adicción al tabaco en niños y adolescentes pasa por el diseño y planificación de medi-

das de protección que den credibilidad y coherencia a las acciones realizables por la educación para la salud, tanto desde la escuela como los demás sectores de difusión de bienestar y salud<sup>26</sup>.

3. Crear actitudes saludables. Se debe evitar focalizar el tema (más que enfocar el tema siempre) en aspectos negativos con respecto a los demás y a uno mismo. Así, debemos actualizar los argumentos antitabaco, los utilizados en muchas ocasiones son caducos, obsoletos y ocasionan indiferencia.
4. Hay que saber “vender” la charla, que no se interprete ese día y esa hora, como una clase más, donde va a venir alguien del “mundo sanitario” para hablarles puntualmente de un tema de salud, por ejemplo del tabaquismo. Más bien sería interesante que el niño estuviese motivado desde el principio y lo viese como algo distinto a una clase, pero integrado dentro de una serie de actividades previas relacionadas con la prevención del tabaquismo.
5. Desarrollar actividades y/o talleres docentes y deportivos relacionados con el tabaquismo: Ej. aula sin humos, concurso-premio con una periodicidad trimestral escolar, debates entre aulas, concursos de dibujo, concursos de lemas, de logotipos...
6. Realizar material específico en tabaquismo para estudiantes, incluyendo: información general del tema; normas básicas preventivas; respuestas a las preguntas más habituales, y propuestas de actividades relacionadas con el tabaquismo en el aula (ej. experimento de la botella, concursos, debates...).

Se ha comprobado que, en muchos lugares, la razón fundamental para iniciarse en el tabaquismo es el deseo de relacionarse con otros jóvenes de su grupo, y no el deseo de parecerse a los mayores o imitar ídolos ajenos a su grupo. Por ello, resulta interesante promover el interés de los líderes de grupo por el tema de la lucha contra el tabaco, pues a través de ellos se puede “contaminar de salud” a la pandilla.

*En consecuencia, responder a la pregunta ¿Por qué comienzan los adolescentes-escolares a fumar?, sería la piedra angular de la prevención; y el involucrar en ésta a los educadores, la eficacia de ésta.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fuchs V. Who shall live? Health, economics and social choice. New York: Basic Books; 1974.
2. Peto R, López AD, Boreham J, et al. Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000. Oxford: Oxford University Press; 1994.
3. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect stimation from national statistics. Lancet 1992; 339: 1268-1278.
4. Ramstrom LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. In: The tobacco epidemic. Prog Respir Res. Bollinger CT, Fagerstrom KO (eds). Prog Respir Res Basel Karger 1997; vol 28; pp 64-77.
5. Muñiz J. Consumo de tabaco en la población española. En: Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España, del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Barcelona: Ed. Becoña E. Glosa ed.; 1998. p. 15-30.
6. McGinnis JM, Foege W. Actual causes of death at the United States. JAMA 1993; 270: 2207-2212.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Se puede lograr. Una Europa libre de tabaco. Informe de la Primera Conferencia Europea sobre política del Tabaco. Madrid, 7-11 de Noviembre de 1998. Madrid; 1992.
8. Bartechi CE, McKenzie TE, Schrier RW. The human cost of tobacco (first of two parts). N Eng J Med 1994; 330: 907-912.
9. Prabhat JHA, Chaloupka FJ, Brown P, Nguyen S, Severino-Marquez J, Van der Merwe R et al. Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. World Bank. Washington DC; 1999.
10. Ballestin M, Bosch N, Nebot M. Conocimiento y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros de enseñanza secundaria. Atención Primaria 1999; 24: 589-593.
11. Gómez FJ, Iriarte L, Lafuente PJ, Oteiza O, Saenz G. Estudio de consumo de tabaco en una población escolar de Vitoria-Gasteiz. Centro de Salud. 1994; junio: 473-478.
12. Goigoechea JM, Panella J, Portella E. Características del tabaquismo en el medio escolar de Andorra. Gac Sanit 1992; 6: 122-127.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. “Informe de la Salud de los españoles: 1998”. Madrid; 1998.
14. Barrueco M. Prevención. En: Jiménez Ruiz CA. Aproximación al tabaquismo en España. Barcelona: Nicorette; 1997. p. 125-149.
15. Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
16. Pardell H, Saltó E, Salleras LL. Historia. En Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ed Panamericana; 1996.
17. Norris JN. Aplicaciones de la epidemiología. Barcelona: Salvat editores; 1985.
18. Simons-Morton BG, Parcel GS, O’Hara NM, Blair SN, Pate RR. Health related physical fitness in childhood: Status and recommendations. Public Health 1988; 9: 403-425.
19. Pérez Trullén A, Ruiz C, Gómez R, Herrero I et al. Grado de conocimiento que tienen los adolescentes de las consecuencias del consumo de tabaco. Libro Resumen de Ponencias y Comunicaciones (V Symposium Internacional sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). Barcelona; 1996. p. 164.

20. Glyn TJ, Anderson DM, Schwarz L. Tobacco-use reduction among high risk youth: Recommendations of a National Cancer Institute Expert Advisory Panel. *Prev Med* 1991; 20: 279-291.
21. Pitchenik AE. Cigarette counter advertising for children. *N Engl J Med* 1987; 316 (12): 755-756.
22. Villalbí JR, Aubá J, García A. Resultados de un programa escolar de prevención del abuso de sustancias adictivas: proyecto piloto PASE de Barcelona. *Gac San* 1993; 7: 70-77.
23. World Health Organization. Legislative strategies for a smoke-free Europe. Copenhagen: WHO; 1987.
24. World Health Organization. Tobacco Alert World no tobacco Day 1998. Special Issue.
25. Viejo JL. Tabaco en los jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1995; 31 (10): 491-493.
26. Marín D. Tabaco y adolescentes: Más vale prevenir. *Med Clin (Bar)* 1993; 100: 497-500.
27. Clemente ML. Estudio de la dependencia nicotínica en los escolares fumadores de Zaragoza. Tesis doctoral 2000. Universidad de Zaragoza.
28. Vega A, Mendoza R. El papel del educador ante el problema de las drogas. Madrid: Ed. Pablo del Rio; 1980.
29. Rubio Calvo E. Hábitos y actitudes ante la droga de los jóvenes de Aragón. Zaragoza: Ed Servicio de Publicaciones Universidad de Zaragoza; 1997.
30. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 (Supl – 1): 5-12.
31. Stokes J, Noren J, Shindell S. Definition of terms and concepts applicables to clinical Preventive Medicine. *J Comm Health* 1982; 8: 33-41.
32. Izquierdo Moreno. La droga un problema social y familiar con solución. Madrid: Ed Mensajero; 1992.
33. Prevención de drogodependencias en el marco de la promoción de salud. Servicio de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria. Dirección General de Salud Pública. Diputación General de Aragón; 1999.
34. Villalbí JR, Ballestin M. Developing smoking control policies in schools. *Health Promotion International* 1994; 9: 99-104.
35. Marrón R, Pérez Trullén A, Clemente L, Montañés C, et al. Tabaco y educación sanitaria en la Escuela. *Arch Bronconeumol* 1999; 35 (S): 87.
36. Blasco Ruiz O, Gracia Pastor J. Guía de prevención sobre drogodependencias. Zaragoza: Ed Centro de Solidaridad de Zaragoza y Consejo de la Juventud de Aragón; 1999.
37. Cueto A, Martín JM. Cáncer. Estrategias de prevención y control. En Piedrola G, Del Rey J, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 9ª edición. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1991. p. 867-877.
38. Aubà J, Villalbí JR. Prevención desde la escuela del uso de tabaco y de otras sustancias adictivas. *Gaceta Sanitaria* 1990; 17(4): 70-75.

## Tabaquismo y nuevas tecnologías de la información

J. Toledo Pallarés

*Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón*

---

Es indudable que las nuevas tecnologías de información han supuesto una revolución en lo relativo al intercambio de conocimientos o a la facilidad de acceder a una información determinada. Las actuales redes de comunicación constituyen componentes estratégicas de las infraestructuras mundiales. Al principio, estas redes se empleaban para el envío de voz. Ahora, las nuevas tecnologías de la información integran elementos multimedia como son: el sonido, la transferencia de datos e imágenes e incluso las imágenes vídeo animadas.

Esta claro que si “la información es poder”, quien pueda manejar o acceder al mundo de las nuevas tecnologías de información, dispone, digamos, de mucho más poder. Poder para tomar decisiones o poder para influir en la toma de decisiones de otros. La introducción de estas nuevas tecnologías en diferentes países y culturas puede producir efectos muy diversos. La naturaleza de la tecnología, quien tiene acceso a ella y el contexto en el cual se introduce puede alterar significativamente su impacto en la sociedad. En un interesante ensayo sobre la ética de las nuevas tecnologías, T. Cooper señala que a menudo se presta poca atención a los temas éticos y transformaciones concomitantes que acompañan a estos nuevos medios de comunicación<sup>1</sup>.

Es inevitable asociar estas nuevas tecnologías de información casi exclusivamente con Internet. Obviamente, el sector de la salud no escapa al dominio de la red Internet. Hace relativamente pocos años, hablar en nuestro medio de videoconferencia, de difusión de eventos a través de Internet, del acceso gratuito e instantáneo a contenidos completos de revistas tan prestigiosas como BMJ o JAMA o del

simple acceso a bases de datos como Medline, era casi ciencia ficción.

Internet es un poderoso instrumento de comunicación por múltiples razones: su riqueza y variedad de contenidos, acceso instantáneo a información actualizada, ser punto de encuentro de población general y profesionales, su utilidad en la formación, etc. Todavía queda mucho camino hasta que estas tecnologías estén a disposición de todos los profesionales o del público general, pero actualmente estamos asistiendo a un crecimiento exponencial incluso en países con bajo desarrollo tecnológico. Por otro lado, el mundo de la informática y de las comunicaciones avanza tan deprisa que resulta difícil estar al día. En muchas ocasiones disponemos de herramientas anticuadas o inadecuadas, ya sea hardware, software o el propio medio físico por el que discurre la información, lo que hace imposible una transmisión adecuada de la misma “*Nada queda obsoleto hasta que usted lo compra*”.

Hay que considerar Internet, junto a los más clásicos de prensa escrita, radio o televisión como un medio de comunicación más con sus características especiales. El acceso a Internet no es homogéneo, pero dadas sus características y crecimiento, el potencial que tiene para influir sobre los más diversos aspectos del comportamiento humano es ilimitado. La naturaleza interactiva y visual de Internet pone en manos de las organizaciones un poder sin precedentes para llegar e influir sobre usuarios seleccionados.

### INTERNET Y LA INDUSTRIA DEL TABACO

Los documentos de la industria tabaquera hechos públicos a raíz de los juicios en los Estados Unidos, demuestran que aquélla, opera como una fuerza global y unida usando una gran variedad de métodos para comprar influencias

---

*Correspondencia:* Javier Toledo Pallarés. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón

*Recibido:* 12 de enero de 2001. *Aceptado:* 21 de febrero de 2001  
[Prev Tab 2001; 3(2): 94-98]

y penetrar en todos los mercados.<sup>2</sup> El estudio de la relación entre el tabaquismo y el uso de las nuevas tecnologías de la información, ha de hacerse bajo diversos puntos de vista. A diferencia de la mayoría de los problemas sanitarios, en los que el abordaje que las nuevas tecnologías hacen de los mismos, es generalmente desde el punto de vista de la prevención o el tratamiento, con relación al tabaquismo contamos con la oposición de un sector –la industria tabaquera– con grandes intereses económicos y con muchos recursos para invertir en el empleo de estas nuevas tecnologías. Su objetivo es, obvia y manifiestamente, contrario al que nos proponemos los profesionales de la salud. En ocasiones el empleo de estas tecnologías se hace encubriendo su objetivo real. Así, cualquier patrocinio, en el formato que sea, por parte de las tabaqueras, de recursos educativos cuyo fin sea evitar que los niños y adolescentes fumen, hay que verlo bajo la óptica de una campaña de lavado de imagen y/o persigue el efecto contrario.

Se sabe que los niños y los adolescentes constituyen una proporción importante de los usuarios de Internet y eso lo sabe bien la industria tabaquera; en Internet no hay barreras a la edad. La industria tabaquera está dedicando grandes esfuerzos para promover sus productos a través de todos los medios posibles sorteando la legalidad o actuando de forma francamente ilegal o al menos poco ética. En algunos países la promoción del tabaco a través de Internet, es una forma de saltarse los obstáculos a la publicidad que en ellos se están imponiendo.

La publicidad del tabaco, incluida la que se hace mediante estas nuevas tecnologías, está fundamentalmente dirigida a los jóvenes (población diana de las tabaqueras. Sirva como ejemplo el tipo de publicidad que hace Altadis de su marca líder a través de <http://www.planetafortuna.com>; el jugar con valores tan arraigados en los adolescentes como es la solidaridad a través de su famoso “0,7%”, es una práctica que atenta contra la ética más elemental.

Otro posible aspecto negativo del empleo de estas nuevas herramientas es su potencial uso para hacer contrabando “online” de tabaco. El director adjunto de Vigilancia Aduanera de España, en unas jornadas sobre “La problemática del contrabando de tabaco” celebrada en junio de 2000 en Madrid alertaba sobre el uso de Internet para el contrabando de tabaco señalando que, en el futuro, este fenómeno irá a más con los avances en las tecnologías de criptografía. Se considera que en la actualidad, los pedidos de tabaco de contrabando a través de la red son “simbólicos” pero se estima que, con la utilización de claves y mensajes encriptados, esta actividad podrá crecer.

La industria tabaquera, además de hacer publicidad directa desde sus páginas web, invierte grandes recursos en

el empleo de cualquier medio que suponga una desinformación de la población o un incremento de la aceptabilidad social del tabaco. A veces esto se hace a través de otras organizaciones como el Club de Fumadores por la Tolerancia (<http://www.clubfumadores.org/>). En ocasiones se hace una promoción directa y gratuita de los productos de tabaco. Hay sitios de Internet que ofrecen cigarrillos o puros de forma gratuita. Uno de estos sitios, “Cigars-R-Us”, (<http://store.yahoo.com/stick/freecigars.html>) sin duda imita el nombre de la multinacional del juguete “Toys-R-Us” cuyos productos están claramente dirigidos a los niños (los de esta última... se entiende).

Recientemente se ha denunciado la campaña masiva a nivel mundial que British American Tobacco (BAT) pretende hacer a través de Internet para promover sus productos entre los jóvenes. Mediante el denominado proyecto HORECA (Hoteles, Restaurantes y Cafeterías, organización mundial muy ligada a la industria tabaquera) piensa destinar 2,5 millones de libras esterlinas a promover sus productos por medio de este sitio en el que se daría información sobre bares, restaurantes y hoteles de moda atractivos para los jóvenes. En un documento interno de la compañía filtrado a la prensa, se advierte que sería muy arriesgado que se descubriera la asociación entre BAT y este recurso<sup>3</sup>.

## **PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO E INTERNET**

Cada vez son más los ciudadanos que acceden a este “cibermundo” en el que se regala, intercambia o vende casi todo. Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las entidades privadas con responsabilidad o interés en la prevención y control del tabaquismo, deberían explorar más el potencial que Internet supone para la promoción de una vida sin tabaco en la población.

A la hora de diseñar productos informativos y/o educativos, hemos de valorar que el contenido de la información debe estar en función de la población a la que va dirigida y de los recursos culturales o técnicos de los que aquella dispone. Además de mero soporte de información, la red puede servir para organizar y difundir campañas del estilo “Quit and Win”. Su utilidad en la cesación tabáquica debería ser complementaria a las consultas directas y “quit-lines” telefónicas. Una mezcla de línea de apoyo y consulta telefónica con los recursos de soporte de información que proporciona Internet, puede ser de especial relevancia. Ya existen experiencias en este sentido. Un recurso (en inglés) muy interesante es el diseñado por la Universidad de Boston bajo el nombre de “QuitNet” (<http://www.quitnet.org/>). La Uni-

versidad de California - San Francisco ha abierto recientemente un sitio cuyo objetivo es el determinar qué proporción de fumadores pueden dejar de fumar por medio de Internet (<http://dejardefumar.ucsf.edu>). Algunas empresas cuyo campo de actuación es la mensajería a través de teléfono móvil ya ofrecen el envío de mensajes de forma gratuita para ayudar a los fumadores que deseen recibir ese servicio como apoyo a su decisión de dejar el tabaco.

Una de las grandes ventajas de estas nuevas tecnologías de información es su bajo coste en precio y tiempo, en relación con el coste económico y la espera que suponía hace unos años el conseguir un artículo a través de centros de documentación. Internet podría considerarse actualmente la herramienta de trabajo más útil que los profesionales poseen para intercambiar o acceder a información, siempre de forma complementaria a otros medios. No todo lo que circula por Internet es "ciencia" y resulta difícil separar la investigación de la conjetura y la documentación del fingimiento. Hay que ser selectivo a la hora de emplear la materia prima que servirá de base para nuestros productos de comunicación siendo cuidadosos con el uso que damos a información de dudosa fiabilidad. Una de las grandes ventajas que nos ha aportado Internet es la posibilidad de hacer búsquedas a través de buscadores que exploran toda la red (Yahoo, Google, Altavista, etc.), pero sin duda, lo más interesante es el poder acceder a búsquedas en bases de datos especializadas como Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>).

Existen recursos especializados en todas y cada una de las áreas de actuación prioritarias en el abordaje de la prevención y control del tabaquismo. Hay lugares dedicados a temas tan variados como legislación, la defensa de los no fumadores o a los aspectos económicos ligados a la epidemia. Hoy es posible acceder a diferentes tipos de documentos, artículos e informes de forma instantánea. Su procedencia puede ser muy variada: revistas y redes especializadas, administraciones públicas, ONGs, centros de documentación, asociaciones profesionales, universidades, o incluso documentos "secretos" de la propia industria tabaquera. Resulta difícil sintetizar en este artículo todos estos recursos por lo que, aún a riesgo de dejar en el tintero recursos muy relevantes, citaré unos pocos como ejemplo.

Algunas páginas de Internet dedicadas a la prevención del tabaquismo son de especial relevancia por los recursos o la variedad de enlaces que contienen. Por nombrar algunos ejemplos: Action on Smoking and Health (ASH) (<http://www.ash.org/>), la página de la Iniciativa para un Mundo sin Tabaco de la OMS, (<http://tobacco.who.int/>), o la de los CDC (<http://www.cdc.gov/tobacco/>).

Un reto para las nuevas tecnologías de comunicación

debe ser el crear recursos dedicados a la formación y apoyo a profesionales, sin que estos tengan que depender de requisitos rígidos de espacio y tiempo. Ya existen algunos ejemplos pero de forma dispersa. Cabe destacar el sitio del Centro de Lucha contra el Tabaquismo (Tobacco Control Resource Centre (TCRC) creado en el seno de la British Medical Association (BMA) (<http://www.tobaccocontrol.org/>). De él podremos descargar en castellano el Documento "Los Médicos y el Tabaco: El Gran Reto de la Medicina". Un recurso reciente en nuestro medio es la web del "Programa de Apoyo a la Intervención Sanitaria para el Tratamiento del Tabaquismo "En Compañí@" (<http://www.atenciontabaquismo.com/main.htm>). Este nuevo sitio en español, aunque especialmente dirigido a la intervención terapéutica, dispone de múltiples recursos, así como de un foro de debate y boletín de noticias, cuyo interés llega más allá de los aspectos ligados al tratamiento.

El poder acceder de forma instantánea y gratuita a la versión electrónica de revistas especializadas, también publicadas en papel, es uno de los beneficios más notables de Internet. De entre ellas cabe destacar "Tobacco Control" (<http://tc.bmjournals.com/>) o esta misma Revista "Prevención del Tabaquismo" en la que aparece este artículo (<http://www.separ.es/servicios/publicaciones/tabaquismo/index.htm>).

Muchas otras revistas del ámbito de la salud pública o la medicina general o especializada están también disponibles en la red, bien a texto completo o dando acceso al resumen de sus contenidos.

Un logro y a su vez un reto para el futuro es la creación de redes de profesionales con el objetivo de compartir información que sirva de base para sus actuaciones en el día a día. Estas redes pueden tener carácter local, regional o mundial. Ejemplos de cada una de ellas los pueden constituir el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) que recientemente ha abierto al mundo su página web (<http://www.cnpt.es/>), la Red Europea sobre Prevención del tabaquismo (<http://www.ensp.org/>) y *GLOBALink* la Red Internacional de Control del Tabaquismo. Algunas redes tienen carácter sectorial como la Red Europea de prevención en jóvenes, ENYPAT (<http://www.ktl.fi/enypat/>), la Red Internacional de mujeres contra el tabaco, INWAT (<http://www.inwat.org/>) o la Coalición Internacional de Organizaciones no Gubernamentales INGCAT (<http://www.ingcat.org/>).

*UICC GLOBALink* es la red internacional de personas y entidades que trabajan en la prevención y control del tabaquismo. Está auspiciada por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) y apoyada financieramente por la



Comisión Europea. Los servicios que *GLOBALink* proporciona a sus miembros son de diversa índole: Documentación sobre múltiples aspectos de la prevención y control del tabaquismo, conferencias electrónicas de carácter temático, boletines de noticias, chats interactivos, soporte gratuito para páginas web de organizaciones sin ánimo de lucro y servicio de comunicaciones in situ en reuniones internacionales proporcionando acceso a Internet, servicio de correo electrónico, fax, etc<sup>4</sup>.

Aunque en *GLOBALink* el inglés es el idioma principal, debido al crecimiento exponencial que ha tenido en sus años de existencia, en las redes locales que se han creado se emplea su propio idioma lo que facilita la participación, el debate y la propuesta de actuaciones en un ámbito más local. Se accede (gratuitamente) a través de <http://www.join.globalink.org/>.

Las compañías tabaqueras forman un "lobby" muy potente. Una de las estrategias del control del tabaquismo, debe ser el contrarrestar por todos los medios posibles el poder de esta industria. Como señala Luk Jossens, una buena técnica de presión, es "utilizar el argumento correcto, con la persona adecuada en el momento oportuno".<sup>5</sup> Las redes de profesionales son una valiosa herramienta para hacer presión, por ejemplo mediante el envío masivo y organizado de escritos a parlamentarios a la hora de elaborar normativas. A través de las redes, como es el caso de *GLOBALink*, se difunden con frecuencia solicitudes de colaboración para ejercer labor de presión en todos los rincones del planeta.

En ese sentido, *GLOBALink* puede tomarse como ejemplo de red de personas para ejercer labor de "lobby".

Gracias a la documentación disponible en la Red, se puede investigar sobre las actividades de la industria tabaquera para poner de manifiesto y contrarrestar sus tácticas. En este sentido los juicios a los que ha sido sometida aquella en Estados Unidos, ha hecho posible que millones de documentos privados están ahora a disposición del público<sup>6-8</sup>.

## RETOS PARA EL FUTURO

El rápido cambio que las tecnologías de la Información están sufriendo hace difícil el hacer predicciones sobre su uso en la Prevención y Control del Tabaquismo, en consecuencia el primer reto debería ser el estar atento a los cambios tecnológicos para poder optimizar su empleo.

Debemos explorar el potencial uso que puede hacerse de estas nuevas tecnologías de información en todos los campos relacionados con el tabaquismo, desde la simple

difusión de información, al apoyo a los fumadores para dejar el tabaco, pasando por la defensa de los lugares sin humo. Se ha de tener en cuenta las peculiaridades culturales y las diferentes necesidades de grupos de población específicos como mujeres o jóvenes.<sup>9-10</sup> A través de las redes de profesionales se debe elaborar y distribuir protocolos de actuación basados en evidencias científicas.

Una de las estrategias clave en el control de esta epidemia es la creación de un ambiente social en contra del tabaco y entre ellas la promoción de espacios libres de humo se ha demostrado muy eficaz. Debemos crear recursos para difundir la idea de que los espacios sin humo deben ser la norma allí donde las personas puedan acceder libremente y facilitar el conocimiento de la normativa relativa a los espacios sin humo y los medios para canalizar quejas y sugerencias.

Los profesionales que trabajamos en tabaquismo deberíamos participar en las redes que de forma productiva, compartan conocimientos y esfuerzos. Hay que aprovechar las posibilidades que ofrece la participación en redes para hacer presión ante los decisores políticos para la adopción de políticas de salud pública adecuadas así como para ejercer un control sobre la publicidad del tabaco a través del ciberespacio y denunciar la manipulación que las tabaqueras hacen de estas tecnologías.

Se debe estimular la creación de recursos que potencien la formación continuada de los profesionales del sector sanitario y de la educación. Es asimismo necesario promover la creación de recursos atractivos para los jóvenes y recursos específicos para el abordaje de la problemática especial de la mujer y el tabaco.

Es prioritario que los recursos en Internet dispongan de contenidos amenos y actualizados. No hay que ir a protagonismos estériles, es preferible pocos recursos con buenos materiales que múltiples sitios mal concebidos y peor mantenidos. Hay que establecer medidas de evaluación de la calidad de lo que se está transmitiendo mediante estas nuevas tecnologías. Una forma adecuada de disponer de servicios de calidad es mediante la "acreditación de la información" al estilo de lo que lleva a cabo el Colegio de Médicos de Barcelona (COMB). Éste mantiene un portal en Internet que se distingue por extender un certificado de calidad del contenido de las páginas web que publica. Así se convierten en "acreditadores" de páginas web de contenido médico o sanitario (<http://wma.comb.es/cast/presentacion.htm>). El COMB constata la "necesidad de contribuir a la acreditación de la calidad de los contenidos médicos y sanitarios que se difunden a través de la red, así como ofrecer el apoyo y la ayuda que les sean necesarios a los médicos e instituciones médico-sanitarias en su acceso y

*su presencia en Internet*". Esta actividad debe ser emulada por la Administración a la hora de actualizar sus contenidos sanitarios en la red<sup>11</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cooper T. La ética de las nuevas tecnologías: una aceleración de efectos. <http://facom.udp.cl/CEM/grl/etica/cooper.htm>. Fecha de Consulta: 22/01/2001.
2. Yach D, Betcher D. Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. *Tobacco Control* 2000;9:206-216.
3. BAT lures young smokers with "devious" online scheme <http://www.guardian.co.uk/Archive/Article/0,4273,4122708,00.html>. Fecha de Consulta: 31/01/2001.
4. Toledo FJ. GLOBALink: La Red Internacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Gac Sanit. En Prensa* 2001.
5. Joosens L. Estrategias de presión para el avance de políticas de control del tabaquismo. En Villalbí JR, Ariza C, editores. *El tabaquismo en España: Situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Barcelona, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2000, p. 23-28.
6. Glantz SA. Et al. The Cigarette Papers <http://galen.library.ucsf.edu/tobacco/cigpapers/> Fecha de consulta: 31/01/2001.
7. <http://www.tobaccoresolution.com/> Fecha de consulta: 31/01/2001.
8. <http://www.cdc.gov/tobacco/industrydocs/> Fecha de consulta: 31/01/2001.
9. Malone RE; Bero LA. Cigars, youth and the Internet link. *Am J Public Health* 2000. May;90(5):790-792.
10. "Youth Access to Alcohol and Tobacco Web Marketing: The Filtering and Rating Debate" [http://www.cme.org/publications/scrnfltr/report\\_1104.pdf](http://www.cme.org/publications/scrnfltr/report_1104.pdf) Fecha de consulta: 6/02/2001.
11. <http://profesional.medicinatv.com/reportajes/muestra.asp?id=15>. Fecha de consulta 3/02/2001.

## **Tabaquismo Femenino. Informe Técnico del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña**

H. Pardell, E. Saltó, M. Jané, L. Salleras

*Consejo Asesor sobre Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Cataluña*

---

Por razones diversas, no fue hasta bien avanzada la segunda mitad del siglo pasado que la preocupación por la salud de la mujer en general se introdujo en el mundo científico sanitario. Tras las iniciativas pioneras, por la década de los 90 aparecieron las primeras sistematizaciones en la literatura científica y, a partir de entonces, el aflujo de publicaciones de todo tipo no ha parado de crecer exponencialmente, confiriendo al tema un protagonismo indiscutible que ha de contribuir decisivamente a analizar con rigor y profundidad las especificidades de género en el estado de salud y en los programas de intervención preventivo-asistenciales<sup>(1-9)</sup>.

Probablemente por sus características especiales, el problema del tabaquismo en la mujer ya había merecido la atención con varios años de antelación, en el clásico informe del Surgeon General de EE.UU. del año 1980<sup>(10)</sup>. Y sólo unos años más tarde, la Organización Mundial de la Salud editaba su informe "Tabaco y Mujer"<sup>(11)</sup>, que ha servido de base a muchas de las propuestas posteriores. También por aquella época, el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Cataluña editaba un informe sobre "Tabaquismo y gestación", que compendia el estado de la cuestión entonces<sup>(12)</sup>.

Como en el caso de la salud de la mujer en general, la literatura que ha ido apareciendo sobre el tabaquismo femenino no ha parado de crecer en las últimas décadas y actualmente constituye un acervo considerable que evidencia el abasto del problema, como se objetiva en el informe preparado por L. Joossens en 1999, referido específicamente al contexto europeo<sup>(13)</sup>.

Varias son las razones de la importancia del problema de tabaquismo femenino en el mundo sanitario de hoy. De un lado, la prevalencia del hábito tabáquico entre las mujeres ha experimentado un crecimiento alarmante, llegando incluso a superar a la de los varones en las franjas de edad más jóvenes.

Por otra parte, y como consecuencia de lo anterior, la morbi-mortalidad atribuible a complicaciones como la cardiopatía coronaria y el cáncer de pulmón, está creciendo espectacularmente entre las mujeres, modificando radicalmente los patrones epidemiológicos clásicos.

Finalmente, gran parte de los esfuerzos de la industria tabaquera para reclutar nuevos adictos, van dirigidos a las mujeres, muy especialmente a las mujeres adolescentes y jóvenes, lo que introduce un elemento de pesimismo en la tendencia del hábito femenino en los próximos años.

Todos estos factores se hallan presentes en nuestro país en el que, además, podemos identificar algunos otros, propios de la situación socio-política peculiar de los últimos decenios, que contribuyen a hacer aún más pesimistas, si cabe, las proyecciones futuras.

Todo ello ha llevado al Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña a encargar a su Consejo Asesor sobre Tabaquismo la elaboración de un informe técnico sobre el tema<sup>(14)</sup>, cuyo contenido y recomendaciones principales han servido de base para el diseño de la campaña dirigida a la mujer fumadora y a la potencialmente fumadora, lanzada hace unos meses con notable aceptación.

Dicho informe ha sido elaborado por un grupo de trabajo compuesto por destacados expertos y aborda los puntos cruciales del problema, desde las repercusiones específicas del hábito tabáquico sobre el organismo femenino hasta las estrategias y políticas de prevención y control del tabaquismo femenino, pasando por las características socia-

---

*Correspondencia:* Helios Pardell. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya. Travesera de las Corts, 131-139. 08028 Barcelona

*Recibido:* 31 de marzo de 2001. *Aceptado:* 17 de abril de 2001  
[Prev Tab 2001; 3(2):99-100]

les, las peculiaridades del inicio del hábito y de la cesación en la mujer, la epidemiología del hábito y el coste del mismo en Cataluña.

Especial mención merecen las recomendaciones que hace el grupo de trabajo, que quieren servir de marco estratégico para diseñar una política antitabáquica específicamente dirigida a la mujer. Como no podía ser de otra forma, entre dichas recomendaciones se incluyen las encuadradas en la inclusión de la perspectiva de género en los estudios epidemiológicos e investigaciones de diversa índole; el diseño de campañas específicas, enfatizando la importancia de los papeles propios de la mujer en la sociedad actual; la promoción de estrategias terapéuticas que tengan en cuenta las características del hábito femenino; la toma en consideración de aspectos de la legislación referentes a aspectos propios de la mujer fumadora; el aprovechamiento óptimo de la presencia de la mujer en distintos ámbitos sociales y políticos para elaborar y aplicar políticas más eficaces de prevención y control del tabaquismo en general; y, finalmente, la potenciación de esfuerzos tendentes a fomentar las coaliciones nacionales e internacionales en este campo.

El contenido del informe se basa en la información disponible más relevante y actual y se estructura de forma ágil, con iconografía abundante y seleccionada, lo que facilita extraordinariamente su lectura.

Quienes hemos contribuido a la realización del informe técnico estamos convencidos de que ha de convertirse en una herramienta útil para todos aquellos que se interesen por el problema del tabaquismo femenino en general y, más específicamente, en nuestro país. Y nada nos satisfaría más que sus conclusiones y recomendaciones pudieran servir para la elaboración y aplicación de políticas anti-tabáquicas eficaces en el ámbito del tabaquismo femenino.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pinn V. Women's health: prescribing change and addressing the issues. *JAMA*. 1992. 268: 1921-1922.
2. Fetters JK, Peterson ED, Shaw LS, Newby LK, Califf RM. Sex-specific differences in coronary artery heart disease risk factors, evaluation, and treatment have they been adequately evaluated?. *Am Heart J* 1996, 131: 796-813.
3. Mosca L, Grundy SM, Judelson D, King K, Limacher M, Oparil S et al. Guide to preventive cardiology for women. *J Am Coll Cardiol* 1999, 33: 1751-1755.
4. Blumenthal SJ. Critical women's health issues in the 21st Century. *JAMA*. 2000, 283: 667.
5. Helmut L. Women's health. Reports see progress, problems, in trials. *Science* 2000, 288: 1562-1563.
6. Walsh JME, Dolan NC, Charmey P. Update in women's health. *Ann Intern Med* 2000, 133: 808-814.
7. Doyal L. Gender equity and public health in Europe. A discussion document. Dublin: European Institute for Women's Health; 2000.
8. Annandale E, Hunt K. Gender inequalities in health. Buckingham: Open University Press; 2000.
9. DeAngelis CD, Winker MA. Women's health-Filling the gap. *JAMA*. 2001, 285: 1508-1509.
10. The Health Consequences of Smoking for Women. A report of the Surgeon General. Rockville, MD. Office on Smoking and Health. USDHHS; 1980.
11. Women and Tobacco. Geneva: World Health Organization; 1992.
12. Tabaquisme i Gestació. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat; 1987.
13. Joossens L. Some like it "light". Women and tobacco in the European Union. Brussels. ENSP; 1999.
14. Dona i Tabac. Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic a Catalunya. Informe del Consell Assessor sobre Tabaquisme. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat; 2001.

## Effects of maternal smoking during pregnancy and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children

Gilliland FD, Li Y, Peters J M.

*Am J Respir Crit Care Med* 2001 163; 429-436.

---

### RESUMEN

El principal objetivo de este estudio fue analizar la influencia del hábito tabáquico materno durante la gestación y la de la exposición ambiental al humo del tabaco, sobre la incidencia de asma y sibilancias en la infancia. Para ello, los autores investigan a 5.762 niños en edad escolar residentes en 12 comunidades de California. Se solicitó a los padres de los alumnos de 4º, 7º y 10º grado la cumplimentación de un cuestionario para averiguar qué niños estaban diagnosticados de asma por un médico, la edad a la que se le diagnosticó la enfermedad y la situación clínica en la que se encontraban, así como, qué niños presentaban o habían presentado crisis de sibilancias. Se clasificó a los niños en diferentes categorías en función de la clínica: con asma, aquellos que estaban diagnosticados de asma; con asma persistente, los que utilizaban medicación durante la edad escolar; con asma activa, si el diagnóstico médico estaba relacionado con algún síntoma de asma en los últimos doce meses; con sibilancias, aquellos que en alguna ocasión habían presentado sibilancias en la auscultación torácica y, con sibilancias persistentes, los que presentaban síntomas durante más de tres días de una semana por mes en el año anterior.

Se recogió información acerca del hábito tabáquico de los miembros de la familia y de la madre durante el embarazo, del número de fumadores habituales en casa y de los cigarrillos fumados dentro de casa cada día. Se consideró que existía exposición intraútero cuando la madre consu-

mía tabaco durante el embarazo. Las categorías de exposición excluyentes entre sí fueron: expuestos sólo al humo medioambiental en el momento actual o en el pasado, expuestos únicamente intraútero o expuesto a ambas situaciones. A los participantes que fumaban más de 100 cigarrillos se les consideró personal fumador.

Los autores encuentran que sólo el 1,7% de los niños eran fumadores activos. La exposición intraútero se constató en el 18,8% de los participantes. El 39,5% había estado expuesto al humo del tabaco en alguna ocasión a lo largo de su vida. La proporción de pacientes de cada categoría según el grado de exposición fue: no expuestos al humo en su domicilio el 57,7%, con exposición única al humo del tabaco medioambiental el 23,3%, únicamente expuestos intraútero el 3,0%, y expuestos a ambos: humo del tabaco medioambiental e intrauterino el 16%.

La prevalencia de sibilancias fue de 33,7%. El 14,6% había sido diagnosticado de asma por un médico. La mayor parte de los niños fueron diagnosticado alrededor de los 5 años, y entre los diagnosticados, la mayoría requerían medicación o presentaban síntomas persistentes desde que entraron en primer grado.

La exposición intrauterina al humo del tabaco sin exposición tras el nacimiento se asoció a un incremento en la prevalencia del diagnóstico médico de asma (OR, 1.8; 95% CI, 1.1 a 2.9), asma con síntomas habituales (OR, 2.3; 95% CI, 1.3 a 4.0), asma con requerimiento de medicación en los últimos doce meses (OR, 2.1; 95% CI, 1.2 a 3.6), historia de sibilancias (OR, 1.8; 95% CI, 1.2 a 2.6), sibilancias habituales con los catarros (OR, 2.1; 95% CI, 1.3 a 3.4) y sin catarros (OR, 2.5; 95%, 1.4 a 4.4), sibilancias persistentes (OR, 3.1; 95% CI, 1.6 a 6.1), sibilancias con el ejercicio (OR, 2.4; 95% CI, 1.3 a 4.3), ataques de sibilancias con disnea (OR, 2.4; 95% CI, 1.3 a 4.4) o despertares nocturnos en los doce meses previos (OR, 3.2; 95% CI, 1.7

---

*Correspondencia:* M<sup>a</sup> Ángeles Ruiz Cobos. C/ Sangenjo, n<sup>o</sup> 27- 10 A. 28034 Madrid

*Recibido:* 23 de marzo de 2001. *Aceptado:* 2 de abril de 2001  
[*Prev Tab* 2001; 3(2): 101-104]

a 5.8) y sibilancias que requieren medicación (OR, 2.1; 95% CI, 1.2 a 3.7) o visitas a urgencias durante el año previo (OR, 3.4; 95% CI 1.4 a 7.8).

En contraste, la exposición previa o habitual al humo del tabaco medioambiental no estuvo asociada a un aumento en la prevalencia de asma, pero sí a un incremento de las subcategorías de sibilancias. La exposición al humo del tabaco medio ambiental se correlacionó con sibilancias (OR, 1.3; 95% CI, 1.1 a 1.5), sibilancias habituales con los catarros (OR, 1.6; 95% CI, 1.3 a 2.0) y sin catarros (OR, 1.5; 95% CI 1.1 a 1.9), sibilancias con el ejercicio (OR, 1.7; 95% CI, 1.3 a 2.2), crisis de sibilancias acompañadas de disnea (OR, 1.6; 95% CI, 1.2 a 2.1) o despertares nocturnos (OR, 1.5; 95% CI, 1.1 a 2.0) y sibilancias que requieren medicación (OR, 1.4; 95% CI, 1.1 a 1.8) o visita a urgencias durante el último año (OR, 1.9; 95% CI 1.2 a 3.0). El efecto de la exposición habitual al humo del tabaco medioambiental fue más pronunciado en niños expuestos a dos o más fumadores y permaneció significativa después de ajustarlo al hábito materno durante el embarazo.

Los autores concluyen que el hábito tabáquico de la madre durante el embarazo incrementa la frecuencia del diagnóstico de asma y sibilancias durante la infancia. Sin embargo, la exposición habitual al humo del tabaco ambiental se asocia a sibilancias pero no a un mayor número de diagnósticos de asma. Estos hallazgos soportan la hipótesis que los autores sugieren: el humo del tabaco medioambiental es otro factor, al igual que las infecciones respiratorias intercurrentes, para desencadenar sibilancias y crisis de asma, y no un factor inductor de asma, mientras que la exposición intrauterina al humo del tabaco incrementa el diagnóstico de asma.

## COMENTARIO

Actualmente el asma constituye un problema de salud pública de ámbito mundial. La prevalencia de asma no sólo es elevada, sino que está aumentando en los países industrializados<sup>1</sup>. El rápido incremento del número de niños asmáticos sugiere que la contaminación medioambiental podría tener un papel importante en el desarrollo de la enfermedad y, aunque son muchas las hipótesis que se barajan, la principal causa del aumento de la prevalencia aún no está bien establecida<sup>2</sup>.

El efecto de la exposición involuntaria al humo del tabaco sobre el asma en la infancia ha sido uno de los puntos que más se ha investigado<sup>3</sup>. En EE.UU. se estima que 15 millones de niños, más del 25% de la población en ese grupo de edad, están habitualmente expuestos al humo del taba-

co ambiental en sus propios domicilios<sup>4</sup>. Por tanto, estos niños tienen un alto riesgo de desarrollar problemas de salud relacionados con la exposición.

Aunque las evidencias indican que la exposición involuntaria al humo de tabaco incrementa la prevalencia de sibilancias, tos y flemas en la infancia; además de desencadenar agudizaciones asmáticas; la asociación entre exposición al humo del tabaco e inducción de asma es poco consistente<sup>2</sup>.

El consumo materno de tabaco ha sido asociado con síntomas respiratorios en niños, sugiriendo que la exposición fetal al tabaco podría tener efectos, a largo plazo, sobre la salud respiratoria de los mismos<sup>2</sup>. Debido a que la mujer que fuma durante el embarazo habitualmente continúa haciéndolo después del mismo, es difícil diferenciar los efectos de la exposición intraútero de los de la exposición medioambiental postnatal. Sin embargo en este estudio, 161 (3%) mujeres consiguieron dejar de fumar antes del nacimiento de los niños y por tanto, los niños no presentaron exposición posterior. En estos casos, los resultados apoyan que la exposición intraútero se asocia a un incremento en el diagnóstico de asma, asma habitual y asma con requerimientos habituales de medicación. Además, la exposición intraútero con o sin exposición ambiental al humo del tabaco estuvo asociada a un incremento en la presentación de sibilancias, sibilancias habituales con los catarros, sibilancias persistentes, crisis de sibilancias acompañadas de disnea o despertares nocturnos en los doce meses previos, y sibilancias que requirieron medicación o atención en un servicio de urgencias en el año previo. Estos resultados coinciden con los de otros estudios prospectivos recientes<sup>5</sup> que han sugerido que la exposición al tabaquismo intraútero es mejor predictor de sibilancias y asma que la exposición ambiental postnatal.

En estudios recientes realizados en Cartagena se ha puesto de manifiesto que el hábito de fumar de la madre- no así del padre- tiene una influencia importante sobre la variabilidad de los mesoflujos pulmonares en niños de once años y sobre los síntomas relacionados con el asma más que otros factores como el área de contaminación en la que viven o el nivel socioeconómico. El riesgo de síntomas asmáticos en los hijos de madres fumadoras fue aproximadamente de 1.25 en el mencionado estudio. En el estudio ISAAC de Cartagena<sup>6</sup> sobre 3.000 niños de 6-7 años, el riesgo de padecer sibilancias en el último año fue significativamente mayor en los hijos de madres fumadoras, sin que el hábito de fumar del padre, el área e contaminación, el sexo o el nivel socioeconómico tuviera gran influencia.

Entre los niños que estaban expuestos únicamente al humo ambiental, la mayoría estaba expuesto a dos o más

fumadores en casa y la exposición se asoció con la presentación de sibilancias pero estaba muy pobremente relacionada con el diagnóstico de asma. La exposición postnatal incrementó las sibilancias y las sibilancias persistentes, tanto como la sibilancias habituales con o sin catarros, las crisis de disnea con sibilancias o despertares nocturnos en los doce meses previos, y las sibilancias que requirieron medicación o visitas a urgencias en el año previo. La prevalencia de sibilancias habituales fue mayor en niños expuestos a dos o más fumadores en casa. En un meta-análisis reciente<sup>6</sup> sobre los efectos del hábito tabáquico de los padres en la aparición de asma y síntomas respiratorios, los autores encuentran valores muy similares a los del estudio que se comenta. En contraste con el meta-análisis, los autores del estudio encuentran una menor asociación entre asma y exposición ambiental, mayor asociación entre síntomas respiratorios (sibilancias con los catarros, crisis de sibilancias y sibilancias tratadas) y exposición previa al humo de tabaco ambiental.

La paradoja de que la exposición medioambiental previa o habitual esté asociada con sibilancias pero no con asma, es consistente con la hipótesis que mantienen otros autores que sugieren que la exposición medioambiental es un cofactor, al igual que las infecciones intercurrentes, para desencadenar hiperreactividad bronquial y crisis de sibilancias, más que un factor inductor de asma<sup>2,3</sup>.

Debido a que la estructura de las vías aéreas están en gran parte desarrolladas al nacimiento podría pensarse que el aumento de frecuencia de asma en los expuestos al humo de tabaco intrauterino podría deberse a alteraciones en el desarrollo de la vía aérea que conducirían a alteraciones de la función pulmonar, incremento de la hiperreactividad bronquial y permanente predisposición a padecer asma y sibilancias. Múltiples estudios<sup>5</sup> sugieren que la exposición intraútero está asociada a déficit de función pulmonar después del nacimiento, que se mantendría en la edad joven. El resultado de la alteración permanente de la función de la pequeña vía aérea, asociado a la exposición intraútero, podría predisponer a los niños a presentar sibilancias en relación con las infecciones respiratorias u otros procesos inflamatorios subsidiarios de hiperreactividad u obstrucción de la vía aérea. Otros estudios han sugerido que el tabaquismo materno puede ocasionar, incluso intraútero una alteración en la elastina del pulmón en desarrollo, reduciendo la cantidad de ésta y provocando cambios que podrían llegar a ser permanentes<sup>7</sup>. Además la exposición intraútero podría afectar al desarrollo y maduración del sistema inmune pulmonar<sup>7</sup>. Como la sensibilización precoz a determinados antígenos comunes junto a la caída de la función pulmonar y el incremento de la hiperreactividad parecen esenciales

en la patogénesis del asma, es lógico pensar, que la exposición intrauterina al humo del tabaco contribuya a la aparición de asma y sibilancias especialmente durante los cinco primeros años de vida.

Entre las limitaciones del estudio están las derivadas del diseño de corte transversal. Los autores tampoco disponían de datos para valorar los cambios de actitud de los padres una vez conocido el diagnóstico de asma, pero la proporción de expuestos en este grupo era muy similar a la de expuestos no diagnosticados de asma sugiriendo que el hábito de los padres no cambió mucho en los niños diagnosticados. Por otro lado, están las limitaciones que se relacionan con la forma de recoger los datos, al ser los padres los que a través de un formulario aportaron datos sobre el diagnóstico médico.

La diferente accesibilidad a los cuidados médicos o el diagnóstico erróneo podría influir en el análisis de los resultados, sin embargo, es improbable que la asociación que encuentran los autores fuera debida a los diferentes métodos de práctica médica de los países participantes o de los padres que fumaban después de conocer el diagnóstico de asma de los hijos. El fallo en los datos aportados por los padres podría producir errores en la clasificación, ya que, no se confirmó mediante la determinación de niveles de cotinina, como se ha hecho en otros estudios. No obstante, la validez de los cuestionarios que recogen los grados de exposición ha sido suficientemente probada<sup>2</sup>. Por otro lado, el hábito tabáquico está asociado a un estigma social, parece improbable que las madres que ya admitían ser fumadoras durante el embarazo falsearan los datos referente a su hábito postnatal. Los autores no pudieron investigar la relación dosis-respuesta de la exposición por no disponer de datos sobre la intensidad de la exposición.

En resumen, los hallazgos tienen implicaciones sobre la salud pública, ya que, sugieren que la eliminación de la exposición intrauterina podría prevenir los casos de asma en niños del 5 a 10%, además de reducir la carga de enfermedades respiratorias al reducirse el hábito durante la edad fértil de la mujer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Steering Committee of The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema *Lancet* 1998;351:1225-1232.
2. Committee on the Assessment of Asthma and Indoor Air. Clearing the air: asthma and indoor exposures. Washington, DC: National Academy of Sciences; 2000.
3. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking: 3.

- Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997; 52: 1081-1094.
4. Centers for Disease Control. State-specific prevalence of cigarette smoking among adults, and children's and adolescents' exposure to environmental tobacco smoke United States, 1996. *MMWR CDC Serveill Summ* 1997;46:1038-1043.
  5. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; 54: 357-366.
  6. García Marcos L, Guillén JJ, Guillén A Ñíguez JC, Barbero P. The relative importance of socio-economic status, parenteral smoking and air pollution (SO<sub>2</sub>) on asthma symptoms, spirometry and bronchodilatador response in 11 years-old children. *Pediatric Allergy Immunol* 1999;10(2):96-100.
  7. Neddenriep D, Martínez F, Morgan W. Increased specific lung compliance in newborns whose mothers smoked during pregnancy. *Am Rev Resp Dis* 1990;14:A282.

**M<sup>a</sup> Ángeles Ruiz Cobos**  
*Especialista en Neumología. Madrid*



## Are higher doses of nicotine replacement more effective for smoking cessation?

John R. Hughes, Gerorge R. Lesmes, Dorothy K. Hatsukami, Robyn L. Richmond, Edward Lichtenstein, Douglas E. Jorenby et al

*Nicotine & Tobacco 1999; 1: 169-174*

---

### RESUMEN

Este trabajo es un estudio prospectivo, randomizado y doble ciego que compara tratamientos de 0, 21, 35 y 42 mg de nicotina mediante parches de 24 horas, en una muestra de 1.039 fumadores tomada de 12 centros de EE.UU. y uno de Australia. La población que quiere estudiar son grandes fumadores por lo que uno de los criterios de inclusión es fumar más de 30 cigarrillos día. El test de Fagerstrom dio una media de 8 (2SD) y puntuaron 8 (2SD) en una escala de 10 sobre motivación para al abandono del tabaquismo. El tratamiento inicial duró 6 semanas con revisiones semanales para luego ir descendiendo 7 mg cada 2 semanas hasta completar las 10 semanas con placebo. Se completó el estudio con revisiones a los 6 y 12 meses. Todos los centros recogieron los datos del sexto mes y once de los trece centros (879 sujetos) recogieron los datos del 12<sup>o</sup> mes. El abandono del tabaquismo fue diferente según la dosis y el periodo de seguimiento. A la sexta semana de tratamiento los pacientes que seguían sin fumar para las dosis de 0, 21, 35 y 42 mg de nicotina fue 22, 51, 52 y 56%, en la 16<sup>a</sup> semana el porcentaje bajó a 16, 24, 30 y 39% y al año la población con éxito fue de 7, 13, 9 y 19% respectivamente para las dosis de nicotina. En todos los periodos de tratamiento se encontró diferencia significativa entre el placebo y la terapia sustitutiva, aunque no hubo diferencias significativas entre las diferentes dosis de esta terapia. No se encontró tampoco aumento de los efectos secundarios con mayo-

res dosis de nicotina ni siquiera si el paciente con 42 mg de nicotina seguía fumando mientras usaba los parches. El autor concluye con una doble conclusión. Por una parte dice que ateniéndose rígidamente a los resultados debería decir que mayores dosis de nicotina no están clínicamente indicadas. Pero por otra parte dice que dejar de fumar es tan importante y los riesgos de mayores dosis de nicotina son tan pequeños que merece la pena aumentar la dosis de nicotina para obtener un 6% de mayor eficacia al año de iniciar tratamiento.

### COMENTARIO

Este estudio randomizado, doble ciego y bien diseñado, nos responde a algunas preguntas que los clínicos nos hacemos todos los días. Primero respalda los resultados ampliamente publicados por numerosos estudios donde se demuestra que la terapia sustitutiva es eficaz para el abandono del hábito tabáquico, afirmación que se ha puesto en duda en recientes estudios<sup>1</sup> y por ello muy cuestionados.

Otros estudios han demostrado que a mayores dosis se consiguen mejores respuestas<sup>2,3</sup>. El estudio publicado por Tonnesen et al.<sup>3</sup> se demuestra que la terapia sustitutiva con 25 mg es más eficaz que la terapia de 15 mg, incluyendo pacientes que fumaban más de 14 cigarrillos día. En el publicado por Dale et al.<sup>2</sup> se comparan dosis de 0,11,22 y 44 mg de nicotina en diferentes grados de tabaquismo, comprobando la importancia que puede tener el porcentaje de reemplazo de nicotina en el éxito del tratamiento. Estudios como el de Douglas et al.<sup>4</sup> no encuentra mayor éxito de abandono con mayores dosis de nicotina, pero hay que tener en cuenta que su población sólo era fumadora de >15 cigarrillos día con unos niveles de cotinina entorno a 200

---

*Correspondencia:* Antonio Santa Cruz Siminiani. Servicio de Neumología. HGU Gregorio Marañón. Madrid

*Recibido:* 20 de febrero de 2001. *Aceptado:* 3 de marzo de 2001  
[Prev Tab 2001; 3(2): 105-106]

ng/mL, niveles muy bajos para la terapia utilizada de 44 mg de nicotina.

Este artículo intenta responder si altas dosis de nicotina serían útiles en fumadores con mayor dependencia a la nicotina utilizando parches de hasta 42 mg, pero aunque encuentran mejoría entre las dosis de 21 mg y 42 mg de un 13% a 19% de éxito en el tratamiento, estas no son significativas.

La población estudiada es fumadora de más de 30 cigarrillos día, pero con los parches de 42 mg dan unos niveles de cotinina en sangre equivalente a fumadores de unos 40 cigarrillos día, estas dosis de nicotina sería más apropiada para fumadores más dependientes de la nicotina que la población en estudio. También podría haber sido útil determinar los valores de cotinina en sangre antes y después del tratamiento para valorar si estábamos dando la adecuada dosis de nicotina a estos pacientes.

Es importante saber que las dosis altas de nicotina son seguras en el tratamiento de pacientes muy fumadores, incluso si estos pacientes siguen fumando con el tratamiento sustitutivo y perder el miedo a dar las dosis suficientes de nicotina en esos paciente que su dependencia física es muy alta.

Son necesarios más estudios con diferentes grados de

adicción para demostrar si mayores dosis de nicotina obtienen mejores resultados en los grandes fumadores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340(9):685-691.
2. Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lawson GM. High dose nicotine patch therapy; Percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 274: 1353-1358.
3. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci S, Gulsvik A, et al. Higher dosage nicotine patches increase one year smoking cessation rates: result from the European CEASE trial. *Eur Respir J* 1999; 13 238-246.
4. Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *JAMA* 1995;274(17):1347-1352.

**A. Santa Cruz Siminiani**

*Servicio de Neumología*

*HGU Gregorio Marañón.Madrid*

## Smoking reduction with oral nicotine inhalers: Double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety

Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, van Biljon X, Robidou A, Westin A, Perrochoud AP, Sawe U

BMJ 2000; 321: 329-333

### RESUMEN

**Objetivos.** Determinar si el empleo del inhalador bucal de nicotina es útil en la reducción de consumo a largo plazo, y la seguridad de empleo de la terapia sustitutiva con nicotina de forma concomitante al consumo de tabaco.

**Material y métodos.** Se trata de un ensayo randomizado, doble ciego, testado con grupo control. Se reclutaron los pacientes a través de anuncios en periódicos. Se aleatorizaron los pacientes al grupo de tratamiento o al grupo de placebo. Independientemente de ello, se les informó siempre sobre los efectos del tabaco y siempre se les enfocó hacia un abandono definitivo.

El tratamiento consistió en un inhalador bucal que contenía nicotina y mentol en el caso de grupo control y sólo mentol en el caso del placebo.

Se siguió a los pacientes durante 24 meses, con visitas a la primera, segunda, tercera y sexta semana y al tercero, sexto, duodécimo, decimosexto y vigesimocuarto mes.

Se consideró éxito de tratamiento cuando se producía una reducción igual o superior al 50% en la reducción de cigarrillos consumidos; esto se verificaba con la determinación de monóxido de carbono en aire espirado (cooximetría).

En el análisis estadístico se consideró significativo toda  $p < 0,05$ . Se empleó el Test de Fisher para el cálculo de las odds ratio de las variables categóricas duales y el Test de Wilcoxon para las continuas.

*Correspondencia:* Soledad Alonso Viteri. Servicio Neumología. Hospital de la Princesa. Diego de León 62. Madrid

*Recibido:* 27 de marzo de 2001. *Aceptado:* 3 de abril de 2001  
[Prev Tab 2001; 3(2): 107-109]

	Placebo (n=200)	Activo (n=200)
Nº hombres	104	86
Edad (años)	45,8(10,5); 22-77	46,4 (10,59); 23-79
Peso (kg)		
Mujeres	62,9 (10,6);48-109	64,0 (11,2); 43-120
Hombres	81,5 (12,3); 57-121	80,1 (12,6); 58-130
Edad de inicio del consumo tabaco	17,1 (2,7); 11-35	18,2 (4,4); 12-45
Nº cigarrillos/día	30,3 (12,1); 15-70	28,2 (11,4) 15-70
Concentración CO aire espirado (ppm)	27,1 (11,1); 10-61	27,1 (11,5); 10-61
Puntuación Test de Fageström	5,6 (2,0); 1-10	5,5 (2,1); 1-10

TABLA I. Características demográficas y de tabaquismo de los fumadores.

**Resultados.** En la tabla I se muestran las características demográficas y de tabaquismo de los fumadores que entraron en el estudio; no existen diferencias significativas entre ellos, llamando la atención el hecho que en el grupo de tratamiento había mayor número de mujeres

1. Adherencia al tratamiento.- El empleo del inhalador disminuyó progresivamente tal y como se esperó al inicio del estudio. El consumo de cartuchos diarios fue similar en ambos grupos de tratamiento, si bien la reducción de consumo de cigarrillos fue significativamente superior en el grupo de tratamiento activo, a partir de la sexta semana.

2. Eficacia.- Medida como punto de prevalencia de reducción de consumo, fue superior en el grupo de tratamiento activo que en el de placebo; si bien, las diferencias fueron significativas sólo a partir del cuarto mes. Los índices de abstinencia global no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla II).

Concepto	Meses	% con tto. activo	% con tto. placebo	Odds ratio (95% CI)	Valor de P (Test Fisher)
Reducción	4	52 (26,0)	18 (9,0)	3,55 (2,04-6,19)	<0,001
	12	26 (13,0)	8 (4,0)	3,59 (1,65-7,80)	0,002
	24	19 (9,5)	6 (3,0)	3,39 (1,39-8,29)	0,012
Prevalencias de Punto					
Reducción	4	83 (41,5)	44 (22,0)	2,52 (1,63-3,87)	<0,001
	12	59 (29,5)	43 (21,5)	1,53 (0,97-2,40)	0,085
	24	55 (27,5)	46 (26,0)	1,27 (0,81-2,00)	0,357
Abstinencia	4	13 (6,59)	4 (2,0)	3,41 (1,16-10,01)	0,044
	12	16 (8,0)	12 (6,0)	1,36 (0,63-2,95)	0,557
	24	21 (10,5)	17 (8,5)	1,26 (0,65-2,47)	0,609

TABLA II. Eficacia de los tratamientos.

3. Seguridad.- De los fumadores en el grupo placebo, 114 presentaron efectos adversos, mientras en el grupo control se presentaron en 113; estos hechos significaron 193 y 227 respectivamente de efectos adversos. Hay dos síntomas locales que fueron más frecuentes entre los fumadores con tratamiento activo: la irritación de garganta y la tos. No existió diferencia en la presentación de síntomas adversos relacionados con la nicotina entre ambos grupos.

4. Intención de abandono del tabaco.- No existieron diferencias significativas en la intención de abandono entre pacientes con placebo y con tratamiento activo, ni entre los fumadores que habían reducido su consumo y los que no lo habían hecho.

## COMENTARIO

El concepto de reducción de consumo es relativamente reciente. Hasta hace poco tiempo todas las actuaciones sobre los fumadores se enfocaban hacia el abandono completo del tratamiento. La reducción de consumo, si bien su horizonte es lograr dicho abandono, promulga una disminución en el número de cigarrillos fumados con el apoyo de terapia sustitutiva con nicotina. En fumadores que no quieren dejarlo o que no se ven capaces de ello (con o sin intentos previos) nos podemos plantear una reducción en el consumo diario. Para ello debemos diagnosticar cuidadosamente a los fumadores para ver exactamente cuáles de ellos pueden ser candidatos a esta terapia. Debemos de cuantificar el consumo inicial y alentar siempre a los fumadores hacia el abandono global.

En muchas ocasiones son los propios pacientes los que acuden a nosotros solicitando ayuda para reducir su con-

sumo bien por problemas de salud, por presión social o para dar un paso inicial hacia el abandono<sup>1</sup>; en estos pacientes estaría indicada esta maniobra de reducción, pero siempre enfocando y educando para conseguir un abandono.

Se ha visto en varios estudios que cualquier terapia sustitutiva con nicotina<sup>1</sup> y el consumo concomitante de cigarrillos es segura, y sin efectos adversos si se hace de forma controlada.

El objetivo de la reducción, es la disminución de exposición a agentes nocivos contenidos en los cigarrillos, con el fin de reducir el riesgo de enfermedades derivadas<sup>2</sup>.

En este estudio de Bolliger y colaboradores, la reducción se lleva a cabo con el empleo de un inhalador bucal de nicotina. Dispositivo constituido por un cartucho conteniendo la nicotina disuelta y un adaptado a la boca; es un sistema de liberación rápida de nicotina, que alcanza el sistema nervioso central en menos de 10 minutos. Tienen especial interés su empleo en los fumadores con una alta dependencia gestual valorada según el Test de Glover Nilsson.

Este trabajo viene a confirmar la efectividad del inhalador bucal de nicotina en la reducción de consumo, logrando índices de abstinencia significativamente superiores a los dos años que el inhalador con placebo.

Son necesarios más estudios que analicen la reducción de consumo, con una estandarización de criterios en cuanto a éxito y puntos de corte, tanto de consumo como de cifras de cooximetría. Actualmente se están valorando parámetros de reducción en el número de cigarrillos, la mayoría de estudios ponen el límite en 10 al día<sup>3,4</sup>, y la duración de la reducción, lo ideal durante toda la vida<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Ruiz CA. Reducción del consumo de Tabaco. Aproximación al Tabaquismo en España. *Nicorette* 1997; 169-177.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the Health consequences of smoking. 25 years of progress. 1989.
3. Barry J, Mead K, Nabel E. Effect of smoking on the activity of ischemic heart disease. *JAMA* 1989; 261: 398-402.
4. U.S. Department of Health, Education and Welfare. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990.
5. Prochaska J, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Con Clin Psychology* 1983; 51: 390-395.

**S. Alonso Viteri**  
*Servicio Neumología.*  
*Hospital de la Princesa. Madrid*

## ¿TRATAR EL TABAQUISMO PUEDE ESTAR DE MODA?

*Sr. Director:*

Estamos asistiendo a un cambio en la actitud de los profesionales de la medicina, ya iniciado con las recomendaciones de las sociedades científicas sobre la necesidad de abordar el tabaquismo de nuestros pacientes<sup>1</sup>, pero que actualmente está sufriendo un cambio necesario y deseable, gracias en parte a la industria farmacéutica al haber lanzado nuevos productos para el tratamiento de la dependencia nicotínica y al rescate de otros que ya existían, pero que ahora ven peligrar sus cotas de mercados. Todo esto conlleva que el tratamiento del tabaquismo “esté de moda”.

Pero a veces la moda es superflua y engañosa. No vamos a entrar en disquisiciones sobre el concepto de moda, tan sólo citar la definición que me dio un compañero cuando hablábamos del tratamiento para la hipertensión arterial, de los tratamientos que parecían estar de moda: “moda es lo que se lleva” (brazo en posición de parálisis del plexo braquial).

Hemos sido testigos de varios casos, no muchos para ser justos, de tratamiento de tabaquismo, que no podrían definirse como de tratamiento de pacientes fumadores o de pacientes con dependencia al tabaco precisamente. Debemos no olvidar lo que nuestros profesores de patología médica a veces nos recordaban y remarcaaban: “la medicina es una ciencia humana y no se tratan enfermedades sino enfermos, valorando en cada caso la

necesidad de uno u otro tratamiento en función de las características de cada paciente, que generalmente confían en nosotros, dando por supuesto que elegiremos el mejor tratamiento para su enfermedad”.

La terapéutica farmacológica para el abordaje del tabaquismo tiene pocas indicaciones y contraindicaciones específicas<sup>2,3</sup>, pero existen y no debemos olvidarlas, ni supeditarlas a unos resultados buscados para un trabajo o para un artículo de una revista. Igual importancia tiene el hecho de valorar si realmente está o no está indicado tratar a nuestro paciente fumador, en este momento concreto, con su situación personal actual. Preguntémosnos si realmente le vamos a ayudar quitándole el tabaco ahora. Ignorar las fases personales del proceso de abandono del tabaquismo no es recomendable para el éxito del empeño.

Situación similar se nos presenta cuando nos piden ayuda ante un duelo por el fallecimiento de un ser querido hace pocos días. Por supuesto que hay que ofrecer esa ayuda, bien sea psicológica o farmacéutica, pero ¿está indicado un tratamiento antidepressivo de entrada?. Hay que esperar y normalizar los hechos, sin medicalizar de forma innecesaria.

Las modas mal entendidas son peligrosas, y a pesar de la bonanza del momento pongamos los pies en tierra y no olvidemos estas palabras de Maimónides: “*No permitas que la sed de ganancias y la ambición de gloria hayan de influir en el ejercicio de mi arte, porque los enemigos de la verdad y del amor del prójimo podrían fácilmente descarriarme y alejarme del*

*noble deber de hacer bien a tus hijos...*” (La Plegaria del Médico)

## Bibliografía

1. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. (PAPPS). Evaluación 1997. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. <http://www.papps.org>.
2. Jiménez CA. Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. Rev Clin Esp 1998; 198: 181-5.
3. Holm KJ, Spencer CM. Bupropión. Revisión de su empleo en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. Drugs 2000; 59: 1007-26.

**GATT (Grupo de Abordaje del Tabaquismo) de Castilla y León, semFYC. A. Alonso Díaz, G. Gómez Cruz, M.A. Hernández Mezquita, D. Ramos Pollo, M. Torrecilla García.**  
[Prev Tab 2001;3(2):110]

## CONSULTA DE TABAQUISMO PARA EL PERSONAL SANITARIO DE CÁCERES

*Sr. Director:*

Desde hace 3 meses el Servicio de Neumología del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres cuenta con una consulta especializada de Tabaquismo para el personal trabajador del ámbito sanitario de nuestro área. La creación de la misma tiene como objetivo fundamental, suministrar respuesta inmediata en forma de ayuda terapéutica

individualizada según los grados de motivación, actitud ante el abandono y valoración de los distintos grados de dependencia en que se encuentren dichos sujetos. Aunque se inició un breve estudio piloto hace unos meses en el hospital Virgen del Puerto de Plasencia, el desarrollo a mayor escala en el Complejo Hospitalario de Cáceres serviría para sentar las bases de la Primera Unidad de Tabaquismo de toda la comunidad extremeña.

La justificación de la misma está basada en argumentos conocidos por todos, ya que además de haber sido publicados en la literatura, continuamente se mencionan en los distintos foros de debate sobre la situación actual del tabaquismo en nuestro medio:

- El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en los países desarrollados. Y es precisamente su condición de prevenible lo que nos debe animar a todos los profesionales sanitarios en la lucha por su control.
- Como problema sanitario de primer orden, es conocido la importante cifra de muertes que ocasiona (3 millones/año; en España más de 45.000 muertes/año) así como su papel etiológico en un amplio número de enfermedades (cánceres, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardiovasculares, etc). No podemos olvidar la importancia adquirida y demostrada por el tabaquismo pasivo que hace que nos encontremos ante un problema de salud pública de primer orden.

En el I Congreso Nacional organizado por el Comité de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo recientemente celebrado (con gran éxito, por cierto) en la ciudad de Sevilla, ha quedado patente la preocupante situación del hábito tabáquico entre los profesionales sanitarios de nuestro país, con la importancia añadida que esto tiene

entre la población general, demandante de una función modélica de esos profesionales ante las conductas de salud.

Aunque son varios los estudios que describen la situación epidemiológica del tabaquismo en el ámbito sanitario, haremos tan sólo referencia a dos excelentes artículos publicados recientemente en su revista, los resultados del estudio de "Prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios del INSALUD 1998"<sup>1</sup>, analizados posteriormente por el Dr. Miguel Barrueco en una editorial<sup>2</sup>:

1. El 38,9% de los profesionales sanitarios son fumadores, el 28,3% son exfumadores y el 32,7% son no fumadores. Aunque ha descendido la cifra, continúa siendo excesivamente alta comparada con los países de nuestro entorno y con la prevalencia en la población general en nuestro propio país (35,7%).
2. El 43,2% del personal de enfermería y el 34,7% del personal médico son fumadores. Estas cifras pueden justificar que la prevención del tabaquismo no constituya una actividad de primer orden en el campo de la educación, que actualmente asume la enfermería.
3. El personal sanitario femenino en conjunto, presenta un consumo de tabaco mayor (42,2%) que el masculino (34,2%). Estas cifras están en consonancia con lo que se observa en la población general.

Creemos que estos resultados hablan por sí solos de la importancia que tiene la ayuda de la deshabituación tabáquica entre los trabajadores del medio sanitario con vistas a la modificación de actitudes y así obtener una mejor respuesta a la solicitud de modelos de conductas saludables entre la población general.

Por último, esperamos la ayuda de la administración sanitaria para que esta consulta constituya, como dijimos anteriormente, el paso previo para ofrecer

respuesta y ayuda a parte de la población general de la provincia de Cáceres, que no sea capaz por sí sola ó con la ayuda de atención primaria, de abandonar el consumo de esta droga llamada tabaco, que tantas implicaciones socioeconómicas tiene en nuestra comunidad.

## Bibliografía

1. Gil López E, Robledo T, Rubio JM, Bris MR, Espiga I, Saiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998; España. *Prev Tab* 2000; 2: 22-31.
2. Barrueco Ferrero M. Profesionales sanitarios y tabaquismo. *Prev Tab* 2000; 2 (2): 77-78.

**Dr. J.A. Riesco Miranda,  
M.A. Sojo González**

*Servicio de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.  
[Prev Tab 2001;3(2):110-111]*

---

## EL PAPEL DE LA AUTOEFICACIA EN EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL TABAQUISMO

*Sr. Director:*

El tratamiento del tabaquismo requiere un abordaje multidisciplinar que incluya el tratamiento farmacológico, en los casos en que esté indicado, y el apoyo psicológico. Sin embargo, dentro de este último aspecto hasta el momento apenas se ha tenido en cuenta el concepto de autoeficacia.

La autoeficacia es un concepto psicológico que hace referencia al propio juicio de cada persona respecto a la medida en que se considera capaz de lograr un objetivo concreto<sup>1,2</sup>. En relación con el tabaquismo, el nivel de autoeficacia de un fumador para dejar de fumar indica la medida en que se

creo capaz de lograr dejar el tabaco. Se ha demostrado a través de numerosos estudios que los fumadores que presentan mayores niveles de autoeficacia, es decir, que se consideran en mayor medida capaces de dejar de fumar, tienen mayores posibilidades de lograrlo<sup>3-7</sup>. Un nivel elevado de autoeficacia para dejar de fumar influye además en la propia decisión de dejar el tabaco o en su defecto en el avance de fase en el proceso de cesación tabáquica<sup>8</sup>.

La autoeficacia de cada fumador para dejar de fumar depende de su propia personalidad, de la información y preparación personal, de las experiencias favorables previas, de las experiencias favorables de personas cercanas en las que puede identificarse o de los modelos sociales y de la persuasión (sí a un fumador se le advierte de que él puede dejar de fumar también aumenta la confianza en sus posibilidades de conseguir abandonar el tabaco)<sup>1</sup>. El nivel de autoeficacia de un fumador para dejar de serlo, por tanto, no es un parámetro fijo sino que puede cambiar y por ello los médicos dedicados al tratamiento del tabaquismo podemos aprovechar esta circunstancia para aumentar las probabilidades de que nuestros fumadores puedan dejar de serlo.

Aumentar el nivel de autoeficacia de los fumadores en proceso de deshabituación tabáquica no requiere, en la mayoría de los casos, realizar laboriosas sesiones de psicoterapia<sup>1</sup>. Muy al contrario, este objetivo está al alcance de todos los médicos en el marco de sus consultas, mediante el desarrollo de intervenciones sencillas que no requieren invertir demasiado tiempo, como son: informar adecuadamente a los fumadores de los efectos del tabaco, de las fases del tratamiento y de las dificultades que se puede encontrar a lo largo del proceso, persuadirle de que puede dejar de fumar, enseñarle a identificar y a enfrentarse a las presiones

que le incitan a fumar, orientarle en la consecución de metas parciales, hacerle recordar logros personales que han requerido de su esfuerzo, hacerle recordar personas cercanas que ya han logrado dejar de fumar, aconsejarle sobre la correcta alimentación y el ejercicio físico durante el proceso, ofrecerle el apoyo farmacológico que mejor se adapte a sus características si lo precisa y, como no, ejercer como figuras ejemplarizantes<sup>1</sup>.

Todas estas breves recomendaciones o intervenciones deben reforzarse y reevaluarse en las sucesivas visitas de que consta el proceso de tratamiento y conforman una estrategia complementaria que, como ya se ha señalado, no requiere de una capacitación especial y en la mayoría de los casos puede desarrollarse en las propias consultas (atención primaria o especializada) sin alargar demasiado el tiempo dedicado a cada visita. Sin embargo, como contrapartida, pueden tener gran rentabilidad y aplicadas de forma sistemática a todos los fumadores en tratamiento sin duda contribuirán a que los porcentajes de abstinencia en nuestras series aumenten de forma significativa.

#### Bibliografía

1. Hernández-Mezquita MA, Barrueco M, Jiménez Ruíz CA. Utilidad de la autoeficacia en la prevención y tratamiento del tabaquismo. E4 Unidad Docente 2000; 2: 28-36.
2. Maibach F, Nash R. Perceived self-efficacy in health-promoting behavior. En: Bandura A (Ed.). Self-efficacy in changing societies. Cambridge: NJ Cambridge University Press; 1996. p. 309-311.
3. Grove JR. Attributional correlates of cessation self-efficacy among smokers. Addictive Behaviors 1984; 9: 217-221.
4. Condoote MM, Lichtenstein E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1981; 49: 648-658.
5. García ME, Smithz JM, Doerfler LA. A fine-gained analysis of the role of self-efficacy in self-initiated attempts to quit

smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1990; 58: 317-322.

6. Godding PR, Glasgow RE. Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. Cognitive Therapy and Research 1985; 9: 583-590.
7. Woodby L, Windsor RA, DiClemente CC. Predictors of smoking cessation during pregnancy. Addiction 1999; 94: 283-292.
8. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. Cognitive therapy and Research 1985; 9: 181-200.

**M.A. Hernández-Mezquita<sup>1</sup>,  
M. González Bustos<sup>1</sup>, M.D. Plaza<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Asociación para la Prevención y Control del Tabaquismo en Castilla-León. <sup>2</sup>Centro de Salud "San Juan" (Salamanca).

[Prev Tab 2001;3(2):111-1112]

---

## LA "CHUCHE" CHACHI-PIRULI PARA GENTE CHACHI-PIRULI

*Sr. Director:*

Les voy a contar la historia de una chuchería muy especial. La "chuche" *chachi-piruli* para gente *chachi-piruli*. Nos situamos en nuestro país en el año 2000. Las autoridades han advertido del peligro del mal de las vacas locas, han prohibido la exportación de carne de cerdo por la fiebre porcina, y han bloqueado la importación de carne de pollo y derivados procedentes de Bélgica por haberse descubierto una sustancia tóxica en los mismos.

Después de varios años sin verse coinciden en una reunión dos viejos amigos; Juan, que ya desde la adolescencia tenía vocación mercantil, y Antonio, que terminó periodismo y ahora trabaja en uno de los medios de comunicación escritos más importantes del país.



Al verse se dan un fuerte abrazo y se preguntan por cómo les ha ido a cada uno desde que no se han visto. Antonio explica a Juan que trabaja como periodista, y éste le explica a aquél sus proyectos actuales.

Juan: Pues yo estoy muy ilusionado con la comercialización de la última chuchería de mi empresa. La llamamos la “chuche” *chachi-piruli* para gente *chachi-piruli*. Creo que va a ser un gran éxito de ventas. Fíjate Antonio, que los costes de producción son muy baratos, incluso nos subvencionan el 82% de los mismos. Además la red de comercialización ya está implantada por todo el país, e incluso en el extranjero. El precio de venta al público es muy económico, y pensamos que pueden consumirla el 36% de la población española.

Antonio: Tiene que estar muy buena para que tenga tanta aceptación ¿no?

Juan: La verdad es que sabe a rayos. Incluso al comer las primeras “chuches”, se irrita la lengua y los ojos, produce mal sabor de boca e incluso tos. Sin embargo, después de comer varias la gente repite y repite sin parar, hasta comer un montón de “chuches” al día. Estamos tan ilusionados que estábamos pensando en la empresa en hacer una campaña de publicidad, y mira por donde, después de tantos años, hoy nos hemos encontrado en esta reunión. Seguro que es el destino. Ya que conoces todos estos planes y tú te dedicas al mundo del periodismo, me podrías asesorar sobre la realización de una campaña publicitaria para nuestra “chuche”.

Antonio: Es curioso que sabiendo tan mal, a la gente le dé por comerla sin parar. ¿Cuál es su composición?

Juan: No lo sabemos. Hemos consultado a un químico que nos ha dicho que contiene al menos 4.000 sustancias diferentes. Ha podido identificar algunas de ellas. Algunas, al parecer, pueden producir enfermedades y otras pueden tener capacidad adictiva. Algunos expertos han calculado que la mitad de los que la consuman morirán por ello y, que si la toma el 36% de la población puede esperarse 46.000 muertes al año en todo el país. También nos han dicho que puede producir enfermedades respiratorias, cardiovasculares e incluso cáncer. Es posible que aparezcan abortos y retrasos en el crecimiento de los bebés. Tiñe los dientes y en la piel salen arrugas precozmente, y además produce impotencia.

Fíjate qué exagerados son algunos médicos que dicen que una de las sustancias que lleva la “chuche” tiene tanta capacidad adictiva como la cocaína.

Nuestra idea es que se comience a consumir en la infancia, y el que quiera que siga tomándola y el que no, que la deje.

Antonio: Me estoy quedando de piedra.

Juan: No te preocupes. Ten en cuenta que todo esto está por demostrar. Además a la gente le encanta, y todo el mundo es libre de comprarla o no. Piensa en la cantidad de puestos de trabajo que podemos generar, y en la cantidad de impuestos que el estado va a recaudar cada año. Piensa en todas las actividades culturales, deportivas, de ocio, música, etc., que podemos financiar. Hemos pensado, incluso, en dar un 0,7% de nuestras ventas a ciertas organizaciones no gubernamentales. Se abre una nueva época, “el mundo de la

“chuche” *chachi-piruli* para gente *chachi-piruli*”.

Antonio: Sí, pero no crees que se trata de un grave problema de salud pública. No crees que no es ético comercializar sustancias que produzcan adicción y enfermedades mortales.

Juan: Nosotros sólo ofrecemos la “chuche”, pero es la gente quien es libre de comprarla o no. Además, podríamos incluso, si tú nos la publicitas, ayudarte en la financiación de tu periódico. Por otro lado, no tenemos porqué airear estos rumores que circulan sobre la adicción y la toxicidad.

¿Cuál creen ustedes que fue el futuro de la “chuche”? En una sociedad civilizada como la nuestra, ¿sería posible que se comercializara dicha “chuche”, conociendo los peligros de la misma?

¿Cuál sería el titular más lógico en el periódico de Antonio al día siguiente?:

1º) Se descubre que la “chuche” *chachi-piruli* puede ser mortal. Las autoridades retiran del mercado todas sus existencias y aconsejan que no se consuma.

2º) Prueba la “chuche” *chachi-piruli* para gente *chachi-piruli*. Entra en “el mundo *chachi-piruli*”. Contribuye a mejorar nuestra sociedad con la “chuche”...

P.D.: Es evidente, pero por si usted no se ha dado cuenta, esto es una parábola sobre el tabaco.

**R. Abengózar Muela**

Plaza de Holanda 3-4ºB

45005 Toledo

e-mail: rabengozarm@seaic.es

[Prev Tab 2001;3(2):112-113]

**Del 28 de mayo al 1 de junio, coincidiendo con la conmemoración el 31 de mayo del Día Mundial sin Tabaco, y bajo el lema *Aire sin humo, ...Patrimonio de todos***

## II SEMANA SIN HUMO

PROMOVIDA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Más de 600 Centros de Salud de toda España participarán activamente ofreciendo información, material divulgativo y la posibilidad de acceder a terapias a quienes deseen dejar de fumar

Bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 31 de mayo se celebra el Día Mundial sin Tabaco. Con tal motivo la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha promovido el desarrollo en todo el país de la **II Semana sin humo**, que, con el eslogan "*Aire sin humo, ...Patrimonio de todos*" discurrirá del 28 de mayo al 1 de junio.

La responsabilidad de la organización de esta actividad de la semFYC corresponde al **Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT)** y al **Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)** de esta sociedad científica.

Según Vicenç Thomas, presidente de la semFYC, los principales **objetivos de esta actividad de educación sanitaria**, que ha sido **reconocida de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo y diversas consejerías** de las comunidades autónomas, son:

- Sensibilizar a la población general sobre los riesgos del tabaco para la salud.
- Informar acerca de las posibilidades de tratamiento para aquellos fumadores que deseen abandonar el hábito del tabaquismo
- Potenciar la implicación de los médicos de familia en el abordaje del tabaquismo, impartiendo el consejo sanitario antitabáquico e informando y prescribiendo el tratamiento farmacológico oportuno para cada tipo de fumador.

- Conseguir que los centros de salud sean centros sin humo y que el colectivo de médicos de familia sea un ejemplo de salud a imitar por todos.

### Impacto sobre la salud

“A pesar de los numerosos mensajes dirigidos a la población desde diferentes puntos sobre los riesgos del tabaco para la salud -explica-, es fundamental también que los médicos de familia insistan en informar a sus pacientes sobre el impacto del tabaco en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, principalmente el de pulmón, los procesos respiratorios crónicos, el embarazo y, en general, sobre la salud y sobre la conveniencia de abandonar el hábito”.

Este planteamiento ha sido refrendado por el *Estudio de la efectividad de las actividades preventivas*, que la semFYC llevó a cabo durante dos años (1998-99) dentro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Una de las conclusiones más relevantes de este trabajo fue que el 10% de los fumadores que acudieron a un centro de salud abandonó el hábito del tabaquismo tras recibir consejo de su médico de familia.

### Terapias antitabaco en los centros de salud

También es muy importante, a juicio del presidente de la semFYC, que la población conozca que en los propios centros de salud se brinda la oportunidad de acceder a las diferentes terapias antitabaco.

“Existe una creencia bastante generalizada -dice- de que para recibir ayuda médica con el fin de dejar de fumar es necesario acudir a las unidades hospitalarias especializadas. Es preciso que la población sepa que en los centros de salud también se puede acceder a estos tratamientos. Los profesionales de atención primaria, constituidos por médicos de familia y personal de enfermería, tienen entre sus responsabilidades la misión de detectar distintos hábitos de riesgo para la salud, uno de los cuales es el tabaquismo. Si se detecta este problema, se informa adecuadamente al paciente sobre lo que este hábito puede suponer para su salud y, si desea dejar de fumar, se le ofrece ayuda”.

Entre las medidas de apoyo para abandonar el tabaco el doctor Thomas cita la ayuda psicológica (entrevista estructurada) y la terapia farmacológica, que hasta ahora consis-

tía fundamentalmente en la administración de sustitutivos de la nicotina (parches o chicles) y que desde hace pocos meses se ha visto complementada con el bupropión, primer fármaco no nicotínico y en comprimidos que se está demostrando como una herramienta eficaz para ayudar al fumador a conseguir abandonar el consumo de tabaco.

“Sólo cuando las medidas acometidas por el equipo de atención primaria -advierte- no resultan efectivas, hay que remitir al paciente a las unidades hospitalarias especializadas, que disponen de más medios”.

#### **Más de 14.000 médicos de familia**

Como indica el presidente de la semFYC, se pretende que en la **II Semana sin humo** no sólo participen activa-

mente los 600 centros de salud, sino también la totalidad o gran mayoría de los médicos de familia. Con este fin, la semFYC ha remitido a los más de 14.000 especialistas asociados información para que también colaboren en esta iniciativa.

Para el doctor Thomas, uno de los principios más destacados del cuerpo doctrinal de la medicina de familia y comunitaria es la prevención y la educación sanitaria orientada hacia la prevención. Y esta actividad de la **II Semana sin humo** se enmarca claramente en esta idea.

**\* Para más información, Gabinete de Prensa semFYC: 91/323 04 05 (Mónica Llorente-Luis Pardo). ■**

---

## **PROPUESTA DE LA COMISIÓN EUROPEA PARA HOMOGENEIZAR LOS IMPUESTOS ESPECIALES APLICADOS AL TABACO**

Bruselas quiere obligar a España a aumentar en 71 pesetas los impuestos especiales que se aplican a los paquetes de veinte cigarrillos. Actualmente, un paquete es cuatro veces más caro en el Reino Unido que en España, debido sobre todo a las disparidades en la fiscalidad sobre el tabaco. Para corregir esta situación, la Comisión propuso ayer una directiva destinada a armonizar en la Unión Europea (UE) la fiscalidad que pesa sobre este tipo de productos y a corregir las disfunciones que crea en el mercado interior.

La propuesta prevé también diferenciar los puritos de los puros, cuya carga impositiva mínima es muy baja, del 5%. La Comisión considera que los puritos deben ser asimilados a los cigarros y, en consecuencia, es preciso incrementar el impuesto que se le aplica, porque “tienen cada vez más éxito entre los jóvenes”. Según la propuesta, el montante mínimo aplicable al tabaco se revisará en función de la inflación.

La recaudación por estos impuestos en la UE tiene un

peso considerable en las finanzas de los estados, entre 0,32% del producto interior bruto (PIB) en Suecia, y 1,46% en Grecia. En España se recaudaron en 1999 40 mil millones de euros, un 0,73% de su PIB.

Ante esta sugerencia son varios los estamentos y organizaciones que han emitido una opinión al respecto, así el presidente de la Unión de Estanqueros de España, Manuel Fernández Vicario, ha afirmado que esta medida supondría “la completa desaparición de la fabricación nacional de tabaco” ya que los precios se equipararían a las marcas multinacionales de tabaco americanas, las más consumidas en los países del norte de Europa.

Por su parte, el ministro de Hacienda, Cristóbal Montoro comparte la necesidad de la propuesta de la Comisión Europea, pero propone que se aplique de forma gradual con el objetivo de reducir tanto su influencia en la inflación como el “perjuicio” de la capacidad económica de los consumidores. Además aseguró que “la fiscalidad sobre el consumo de alcohol, de tabaco o de bienes y servicios perjudiciales para el medio ambiente no tiene una finalidad exclusivamente recaudatoria, sino también en la disuasión de esa práctica de consumo”. ■

## HUMO DE SEGUNDA MANO... LIMPIEMOS EL AIRE

El aire contaminado por humo del tabaco se asocia a una serie de efectos perjudiciales para la salud entre las personas que no fuman, como irritación en los ojos, dolor de garganta, tos y dolores de cabeza. Es por eso que la OMS ha propuesto este lema para el Día Mundial sin Tabaco del año 2001 (31 de Mayo).

La industria tabaquera ha luchado siempre contra las normas y leyes que protegen del aire contaminado por humo del tabaco a los no fumadores. Se ha gastado millones de dólares en cuestionar los resultados de la investigación científica, ha comprado científicos para producir investigaciones fraudulentas, intentando crear controversia sobre este tema. Ante esta realidad, la OMS plantea, la necesidad de:

- Asegurar la difusión de información real sobre los efectos del aire contaminado por humo del tabaco entre las personas que no fuman.
- Crear un clima en el que el humo de "segunda mano"

sea reconocido como un tema de máxima importancia tanto en el ámbito político, como en el de los medios de comunicación.

- Estimular políticas y programas, tanto de ámbito nacional como local, para tratar el problema con seriedad. Promoviendo la creación de ambientes libres de humo en lugares públicos, lugares de trabajo y hogares, mediante una combinación de medidas legislativas y programas educativos.
- Celebrar el Día Mundial sin Tabaco de modo global, abarcando iniciativas desarrolladas desde diferentes ámbitos: mujer, juventud, sindicatos, etc.

Los alcaldes de las ciudades que planteen campañas efectivas para difundir este tema recibirán el reconocimiento internacional de la OMS y serán invitados, como huéspedes de honor, a las celebraciones del 31 de Mayo de 2001, que tendrán lugar en Montreal (Canadá), a las que asistirá la directora general de la OMS, Gro Harlem Brundtland.

Más información sobre la campaña [tfi@who.int](mailto:tfi@who.int) Web: <http://tobacco.who.int> . ■

## PRIMER CONGRESO NACIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO (SEVILLA, 22-24 DE MARZO DE 2001)

Para afrontar el problema del tabaquismo, revisar su tratamiento y las políticas de prevención, se reunieron en Sevilla más de 500 profesionales sanitarios, de ámbito multidisciplinar, en el Primer Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo organizado por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT).

El vocal de dicha entidad científica, Víctor López García-Aranda, manifestó que solicitará a las autoridades sanitarias que los fumadores tengan acceso gratuito a las terapias contra el tabaco y explicó que "no tiene sentido que aquellos que deseen dejar de fumar tengan que gastarse dinero para la cura de la enfermedad". Según los datos de la entidad científica, el 70 por ciento de los fumadores adultos tiene intención de dejar de fumar, "por lo que es necesario no sólo el acceso gratuito a las terapias actuales, sino el desarrollo de recursos asistenciales". Hasta el momento, sólo dos autonomías, Cataluña y Navarra, han realizado inversiones en terapias contra el tabaco y se ha

apreciado una clara reducción tanto del número de fumadores como de las patologías asociadas.

Otros problemas manifestados fueron que, en los últimos años arceja la presión publicitaria de la industria tabaquera sobre los adolescentes, se incrementa el consumo de tabaco por las mujeres, y la administración pública es relativamente pasiva ante este problema, sin que se hayan implantado medidas de probada eficacia vigentes en países de nuestro entorno.

La necesidad de formación en tabaquismo entre los profesores, educadores y pediatras fue también muy comentada, dado el papel modélico y ejemplarizante que pueden adoptar ante los adolescentes, para evitar que éstos se inicien en el hábito tabáquico.

También se constataron los avances obtenidos en nuestro país. Muchos fumadores y fumadoras de edad media han dejado de fumar, con lo que van a ahorrarse muchas de las peores consecuencias del consumo de tabaco. Esto es fruto de más información, y de que cada vez más médicos y profesionales sanitarios ayudan activamente a sus pacientes fumadores a dejar de fumar. La aparición de tratamientos farmacológicos de eficacia superior al 30% es muy positivo en este sentido. ■



# Prevención del Tabaquismo

## 7º aniversario

SUPLEMENTO  
"ESPECIAL DÍA MUNDIAL SIN TABACO"

### SUMARIO

- S1 Tabaco y Plan Nacional sobre Drogas. *G. Robles Orozco*
- S3 Papel de la Atención Primaria en la prevención y tratamiento del tabaquismo. Papel de SEMERGEN en el Día Mundial sin Tabaco. *F. Chavida García, J.L. Díaz-Maroto Muñoz*
- S6 Actividades de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria en la lucha contra el tabaquismo. *V. Thomas Mulet, R. Córdoba García*
- S9 Tabaco y cardiología. *F. Vallés Belsúe, V. López García-Aranda*
- S11 Día Mundial sin Tabaco 2001. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). *C. Plañiol Lacalle, M.A. Planchuelo*
- S13 Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR): Actividades a favor del control y prevención del tabaquismo. *S. Solano Reina, V. Sobradillo Peña*
- S16 Trabajando para el control del tabaco desde el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo *Joan R Villalbí*
- S18 What happened in the field of smoking in Spain in the last years? *K.O. Fagerström*

## Tabaco y Plan Nacional sobre Drogas

Gonzalo Robles Orozco

*Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*

---

El tabaquismo es, sin duda alguna, una forma de drogodependencia, con las características comunes a otras drogas: tolerancia y dependencia física y psicológica, entre otras. Como tal adicción ha estado siempre presente en los programas y actividades desarrollados en el ámbito de las drogodependencias, especialmente en lo que se refiere a los aspectos preventivos. Porque, si bien es cierto que otras sustancias, como es el caso de la heroína, polarizaron durante años los esfuerzos aplicados en materia de drogas, el abordaje de los problemas ligados al tabaco ha ido adquiriendo con el tiempo el interés que requiere.

Desde un punto de vista de salud pública, la primera cuestión que se suscita es conocer el alcance del problema. A fin de analizar la evolución de los consumos de las distintas sustancias en España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas promueve, en años alternativos, la realización de sendas encuestas, dirigidas en un caso a la población general, de 15 a 65 años de edad y, en otro, a la población escolar de 14 a 18 años.

De acuerdo con los datos de las últimas encuestas realizadas<sup>1-3</sup>, (en 1999 a la población general, y en 1998, a la población escolar), la situación en estos momentos presenta las siguientes características:

- Aproximadamente dos terceras partes de los españoles de 15 a 65 años (el 65,1%) declara en 1999 haber probado en alguna ocasión el tabaco, porcentaje algo inferior al obtenido en la Encuesta de 1997, que se situaba en el 68,3%.

El 43,7% de esta población ha consumido tabaco en el año anterior a ser encuestados, un 39,8% en el último mes y la tercera parte (32,9%) lo ha consumido, en el último mes, a diario. Estas cifras son muy similares a las obtenidas en la encuesta de 1997.

Un dato interesante, no obstante, es que entre los españoles más jóvenes (entre 15 y 29 años), el número de fumadores diarios desciende en 1999 respecto a 1997, al tiempo que las mujeres en este tramo de edad fuman en mayor proporción que los hombres.

- En relación con la población escolar de 14 a 18 años, hay que señalar que, según la Encuesta realizada en 1998 (en estos momentos se están analizando los resultados de la llevada a cabo en 2000), el tabaco es la sustancia de consumo más extendido, tras el alcohol. Si bien el porcentaje de los que afirman haber probado el tabaco alguna vez se sitúa en el 62%, si se excluye a aquellos que tan sólo han fumado algunos cigarrillos en su vida este porcentaje bajaría al 34,7%, de los que un 6,4% son ex-fumadores y sólo el 28,3% fuma en la actualidad. La proporción de esta población escolar que afirmaba fumar a diario se situaba en el 21,6%.

En líneas generales, cabe decir que la evolución seguida por el consumo de tabaco entre los escolares es positiva, habiéndose reducido en los últimos años. Igualmente, el consumo medio de los fumadores actuales es relativamente moderado, con una media de 7,7 cigarrillos al día.

Sin embargo, existe un fenómeno a destacar relacionado con la variable género: las prevalencias en el consumo de tabaco entre las chicas son sensiblemente superiores a las de los chicos -el 39,8% de las chicas ha fumado alguna vez frente al 28,8% entre los chicos, y en el último mes declaran haber fumado el 33,3% de las chicas frente al 22,7% de los chicos-.

La edad aparece claramente ligada al consumo, aumentando las prevalencias a medida que aumenta la edad. Así, fuma el 15,8% de los escolares de 14 años frente al 46,5% de los que tienen 18.

Como señalaba al principio, el Plan Nacional sobre Drogas atribuye una gran importancia a la prevención del taba-

---

[Prev Tab 2001; 3(Supl. 1): S1-S2]

quismo y la atención a las personas que lo padecen y lo ha evidenciado de forma inequívoca con la aprobación el 17 de diciembre de 1999, mediante Real Decreto<sup>4</sup>, de la Estrategia Nacional sobre Drogas, lo que supone contar por primera vez desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, con un marco legal de actuación de éste. De hecho, la Estrategia establece una serie de objetivos concretos a conseguir en las distintas áreas de actuación del Plan, en un marco temporal determinado (los años 2003 y 2008 que han sido fijados por la Asamblea General de Naciones Unidas), y regula, igualmente, el papel que le corresponde a cada Administración en la consecución de dichos objetivos.

Entre las áreas de intervención que abarca la Estrategia cabe señalar la prevención del consumo de drogas, la reducción de los daños y la asistencia e integración social. Otras áreas también destacadas son el control de la oferta, la cooperación internacional, la regulación normativa, la investigación y formación, la evaluación y los sistemas de información y la financiación.

Quizá una de las características más destacadas de la Estrategia sea su consideración del fenómeno de las drogas desde una **perspectiva global**, lo que supone incorporar todas las sustancias que puedan ser objeto de uso y abuso, entre las que ocupan un lugar destacado el alcohol y el tabaco. Esta concepción de globalidad identifica notablemente la postura de la política española en este campo y así ha sido reconocida en diversos foros y organismos internacionales.

Por otro lado, la Estrategia se fundamenta prioritariamente en la prevención de los consumos de las distintas sustancias y en las consecuencias de todo tipo que acarrearán. Como ámbitos preferentes de intervención en este aspecto preventivo, se señalan el escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social.

De acuerdo con ello, y para finalizar, quisiera resaltar algunos de los objetivos específicos que recoge la Estrategia referidos al tabaco para los diferentes niveles de intervención. En primer lugar, se plantea lograr que la mayoría de los escolares, al finalizar la educación obligatoria, hayan recibido información objetiva suficiente y formación adecuada sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas y adquirido habilidades suficientes para abordar su relación con las mismas. Así, para el año 2003, la edad

media de inicio al tabaco, que en la actualidad está en los 13,1 años para los escolares de 14 a 18 años, se pretende retrasar en al menos 6 meses, llegando a los 12 meses en el año 2008<sup>5</sup>.

También se propone poner en marcha medidas de control sobre la publicidad y promoción del tabaco que protejan a los menores de edad y establecer, desde la Delegación del Gobierno para el PNSD, en colaboración con los Planes Autonómicos sobre Drogas, un plan de acercamiento hacia los profesionales de los medios de comunicación para potenciar acciones de sensibilización y formación en el ámbito de las drogodependencias y la comunicación social.

En otro nivel de intervención, se propugna el desarrollo de programas y protocolos de diagnóstico precoz de problemas relacionados con el control del tabaco en los equipos de Atención Primaria de salud e implantar programas de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño por consumo de tabaco entre la población general.

Finalmente, la Estrategia se propone diversificar la oferta de tratamientos de las redes asistenciales incorporando, entre otras, estrategias para mejorar el abordaje terapéutico de las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de tabaco.

Como puede apreciarse, se trata de una serie de medidas que, integradas en el conjunto de las políticas sobre drogas y partiendo de la coordinación de los recursos públicos y privados, garantice la articulación de una política global de prevención del tabaquismo en nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Informe número 1 del Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1998.
2. Informe número 2 del Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1999.
3. Informe número 1 del Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2000.
4. Real Decreto 1911/1999, de 17 diciembre, por el que se aprueba la estrategia sobre drogas para el periodo 2000-2008.
5. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Madrid: Ministerio del Interior; 1999.

## **Papel de la Atención Primaria en la prevención y tratamiento del tabaquismo. Papel de SEMERGEN en el Día Mundial sin Tabaco**

Felipe Chavida García<sup>1</sup>, José Luis Díaz- Maroto Muñoz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Presidente de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN. <sup>2</sup>Presidente de SEMERGEN Castilla-La Mancha. Miembro de la Junta Directiva del CNPT.

---

El consumo de tabaco constituye un grave problema de Salud Pública, sólo en España se producen 45.000 muertes anuales, y sin embargo es la primera causa prevenible de morbilidad y mortalidad prematura en los países desarrollados.

La labor que desempeñan los profesionales de la atención primaria en esta terrible epidemia es fundamental.

En el aspecto epidemiológico, y consultando la Encuesta Nacional de Salud de España<sup>1</sup>, de 1997, se destaca que el 35,7% de la población es fumadora, el 44,8% de los hombres y el 27,2% de las mujeres fuman, que si se compara las Encuestas Nacionales de Salud<sup>2,3</sup>, de 1993 y de 1995, afortunadamente se observa que la prevalencia en general ha disminuido. Digno de mención es que las jóvenes en la actualidad se inician en el consumo de tabaco antes que los jóvenes, y sobretodo preocupa que en el grupo de edad de 14 a 18 años fuman más las chicas.

En un estudio que realizó el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 1998, denominado Prevalencia del Consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud de España, se obtienen los siguientes resultados: El 34,7% del personal médico fuma, y el 43,2% del personal de enfermería fuma, y adentrándonos en el personal de los equipos de atención primaria, el 39,8% de los médicos y el 40,8% de los enfermeros fuman. Si se comparan estas cifras con las de hace 10 años, sin duda se ha mejorado, pero todavía queda mucho por hacer.

### **PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO**

En cuanto a la prevención del tabaquismo, y teniendo en cuenta que nuestra sociedad está integrada por médicos

---

[Prev Tab 2001; 3(Supl. 1): S3-S5]

generales/de familia, me preocupa mucho nuestra actuación sobre la población infantil y juvenil, dirigida fundamentalmente a promocionar la salud y a evitar el inicio en el consumo de tabaco, y se debe realizar mediante la educación para la salud, teniendo en cuenta que los jóvenes en general son poco frecuentadores en nuestras consultas, dicha educación se debe impartir en los propios centros escolares e institutos, colaborando y ayudando con los maestros y profesores<sup>4</sup>

Es fundamental que desarrollemos nuestras funciones modélica, educadora y social, ante nuestra población. Nuestra función modélica<sup>5</sup>, como promotores de la salud y hábitos saludables, no permitiendo que se fume en las salas de espera y recinto sanitario. El profesional de la salud se debe mostrar como defensor de medidas tales como: prohibición de venta de labores de tabaco a adolescentes, restricción de la publicidad y elevación de los precios, pues todas ellas se han mostrado muy eficaces en la reducción de la prevalencia tabáquica en jóvenes.

Se debe concienciar a padres y educadores que ellos también son modelos ante sus hijos y alumnos respectivamente, no hay que olvidar que la prevalencia de maestros<sup>6</sup> fumadores en España, en Dinamarca y en Italia es de la más alta de Europa.

### **TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

En cuanto al tratamiento hay que resaltar que en atención primaria, hay personal muy cualificado para asistir a los fumadores, y que es una actividad que se debe hacer en equipo, médicos, enfermeros, psicólogos y farmacéuticos aunarán esfuerzos y programarán el tratamiento. No obstante hay que tener en cuenta que tenemos una dificultad, y es como se reflejaba en la introducción, la elevada prevalencia de los



profesionales de la salud de los equipos de atención primaria, y por lo tanto me planteo las siguientes preguntas:

- ¿Hay objetividad en el tratamiento de los fumadores?

- ¿El tratamiento se realizará en una mayoría por los profesionales sanitarios que no fuman?

- ¿Están preparados los profesionales de atención primaria para tratar?

- ¿Se dispone del tiempo necesario para tratar?

En relación a las dos primeras preguntas se puede reparar la actitud personal de los profesionales sanitarios hacia el consumo de tabaco<sup>7</sup>, mayoritariamente los profesionales sanitarios consideran que deben establecerse restricciones sobre el consumo de tabaco, pero el grado de estas restricciones viene condicionado por la propia relación del profesional con el consumo de tabaco. En este sentido cuando el personal es fumador, el 15,4% demuestra una permisividad total, y un 19,6% demuestra una restricción absoluta, mientras que cuando el personal es no fumador demuestran un 4,7% y un 59,2% respectivamente.

De lo anteriormente expuesto se puede llegar a la siguiente conclusión: cuanto más baja sea la prevalencia del hábito tabáquico en los profesionales de la salud, más baja será la prevalencia en la población, como está ocurriendo por ejemplo en el Reino Unido.

En contestación a la tercera pregunta, hay trabajos en España<sup>8</sup>, que han mostrado que un 74% de los profesionales conocen al menos un método de terapia. Otras encuestas han descubierto un interés creciente en el aprendizaje de estas técnicas, pues hasta un 90% de ellos considera que este tema debería ser incluido en los programas de formación de la Facultad de Medicina.

Por último, la falta de tiempo es un argumento defendido por los profesionales de atención primaria, sin embargo un consejo sanitario de 2 ó 3 minutos es ya efectivo.

En cualquier caso y de la misma forma que se trata a pacientes diabéticos, hipertensos, obesos, hiperlipémicos, etc., en el seno de los equipos de atención primaria, se debería tratar a los fumadores. Además está demostrado que el impacto<sup>9</sup>, del tratamiento de fumadores, especialmente para pacientes de alto riesgo, en cuanto a la mejora de la salud y calidad de vida, es superior a otras intervenciones que controlen por ejemplo el colesterol o la hipertensión.

Cada profesional y mejor de forma programada ejercerá su papel, se citará al fumador para hacer una correcta historia clínica, se fijará el día adecuado para dejar de fumar, se le apoyará en la entrevista y se le dará el material necesario para su orientación, se programarán las visitas de seguimiento, éstas son muy importantes para evitar las posibles recaídas, y de esta forma entre todos conseguiremos buenos resultados.

Se debe insistir a nuestros colegas de atención primaria que existen Unidades especializadas en el tratamiento del tabaquismo, que en el Sistema Sanitario Público se suelen ubicar en los Hospitales, generalmente llevadas por los especialistas en Neumología, y que por lo tanto ante un problema tan importante, la relación entre los distintos niveles debe ser muy fluida, y ante cualquier duda o ante fumadores con una gran dependencia la interconsulta será muy eficaz.

## **DÍA MUNDIAL SIN TABACO, 31 DE MAYO 2001**

El papel de las Sociedades Científicas en el día mundial sin tabaco es fundamental, y la participación debe ser muy activa.

Teniendo en cuenta que la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (Semergen), engloba a un número elevado de médicos de cabecera de los medios urbano y rural, el impacto que puede ocasionar en la población será muy importante.

En un solo día, el 31 de mayo del 2001, la acción o campaña puntual constituirá un gran éxito. Los centros de salud y consultorios locales pueden ofrecer a nuestros ciudadanos una información privilegiada sobre la prevención y el tratamiento del tabaquismo, mediante la exposición de carteles, entrega de folletos, e incluso el desarrollo de charlas.

Esta campaña como ha ocurrido en otros años será apoyada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública, y del Servicio de Promoción de Hábitos saludables.

Se tiene la oportunidad en este día de procurar que se cumpla la normativa vigente en cuanto a espacios sin humo, en los lugares de trabajo, incluso mediante entrega de regalos a nuestros fumadores que dejan de fumar, como un acto simbólico.

Además Semergen tiene este año interés en participar activamente en los medios de comunicación, como prensa, radio y televisión. En definitiva concienciar a la población del enorme problema que constituye el consumo de tabaco, y sobretodo explicar que se vive mucho mejor en un mundo libre del humo del tabaco.

Será muy difícil luchar contra la publicidad que difunden las industrias tabaqueras, pero poco a poco estamos consiguiendo buenos resultados.

Por último, en mi opinión, para conseguir un gran éxito considero que este tipo de campañas puntuales deben ser prolongadas en el resto del año, lógicamente no se podrá trabajar con tanta intensidad, pero tampoco se trata de tener un gran día, y después olvidarse del asunto.

Para terminar este artículo citaré una frase de la directora general de la OMS, Gro Harlem Bruntland, que dice:

El tabaquismo es una plaga que nos ha mortificado en el siglo XX y que no estamos dispuestos a que se siga extendiendo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Encuesta Nacional de Salud de España. 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica.
2. Encuesta Nacional de Salud de España. 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica.
3. Encuesta Nacional de Salud de España. 1995. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica.
4. Estrategia Nacional sobre drogas para el período 2000-2008. Real Decreto 1911/1999, del Ministerio de la Presidencia. B.O.E. 31-12-1999.
5. Manuales SEPAR. Tabaquismo. C.A. Jiménez Ruiz (Ed). Madrid: Editorial Aula Médica; 1995.
6. David Simpson. Tobacco Control Resource Centre. 2000
7. Gil E, Robledo T, Rubio J, Bris MR, Espiga I, Saiz I. Prevalencia del consumo del tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD.1998. España. *Prev Tab* 2000 2(1):22-31.
8. Jiménez Ruiz CA, Robledo de Dios T, Saiz I, Rubio J, Espiga I. Abordaje de la docencia clínica del tabaquismo en las áreas sanitarias de Madrid. *Prev Tab* 2000; 2(3):173-179.

## Actividades de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria en la lucha contra el tabaquismo

Vicenç Thomas Mulet<sup>1</sup>, Rodrigo Córdoba García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Presidente Electo de la semFYC. <sup>2</sup>Representante de semFYC y Vicepresidente del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.

---

Los profesionales de atención primaria disponen de una situación privilegiada para la intervención en tabaquismo. El 70% de los fumadores entran en contacto con su médico de cabecera al menos una vez al año. Los fumadores pueden acceder con facilidad a su médico de familia cuando comienzan a aparecer las alteraciones orgánicas precoces que aparecen por el hábito de fumar<sup>1</sup>. Fumar es la primera causa de mortalidad evitable en nuestro país y en los de nuestro entorno. En España el tabaquismo ha llegado a su máxima expresión en población general alrededor del año 1987 con un 38% de fumadores. Actualmente esta prevalencia está en lento declive siendo en 1997 del 35,7%. Paralelamente, el consumo de tabaco en los médicos (primaria y especializada) ha pasado del 49,2% en 1988 al 33,9% en 1998<sup>2</sup>, siendo similar a esa cifra el porcentaje específico de médicos de atención primaria fumadores<sup>1</sup>. Por lo que en estos momentos y contra lo que se ha venido sosteniendo hasta ahora, los médicos fuman menos que la población general. Sin embargo si tenemos en cuenta que en otros países como Suecia fuman menos del 4% de los médicos de familia comprenderemos el largo camino que queda por recorrer.

La semFYC ha adquirido desde hace más de 10 años un compromiso público frente a la gran epidemia del tabaquismo, cuyos riesgos futuros no alcanzamos todavía a calibrar en toda su magnitud. En 1989 se creó el **Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)**. Este programa incluye en su paquete mínimo de actividades preventivas en el adulto, la detección e intervención sobre el hábito tabáquico. El control del tabaquismo en atención primaria ha mejorado sustancialmente en los últimos años. En el 75% de las historias clínicas de atención primaria consta el hábito tabáquico de los pacientes. Cerca de un tercio de los fumadores reciben consejo para

dejar de fumar por parte del médico y/o de la enfermera. Con el consejo aislado se consigue casi un 8% de ex-fumadores pero si ese consejo se acompaña de un seguimiento llega al 20%<sup>3</sup>. Sin embargo sigue siendo frecuente que se intervenga sólo en los fumadores que presentan patología o en aquellos que consumen grandes cantidades de tabaco (lo que equivaldría a intervenir solamente en los hipertensos con cardiopatía isquémica o en los que tienen más de 180 mm Hg de presión arterial sistólica).

Nuestra Sociedad también a través del PAPPS, elaboró una guía de educación sanitaria: **Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar** en 1995, de apoyo para los médicos de familia, que fue uno de los primeros materiales en tabaquismo elaborados en España con ese fin específico.

En el Congreso celebrado en Granada en 1996 se creó el **Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT)**, que actualmente se ha extendido en forma de grupos autonómicos en Cataluña, Andalucía, Canarias, Galicia, Aragón, Baleares y la Rioja, existiendo miembros individuales en otras comunidades autónomas. El GAT nació con la vocación de ser un grupo de referencia en todas aquellas cuestiones relacionadas con el problema del tabaquismo en atención primaria. Sus miembros han trabajado directamente en colaboración con diferentes Comunidades Autónomas, en la elaboración de diversos materiales de apoyo.

La semFYC también ha participado activamente en el programa oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo: **"Corta por lo Sano"** a través de asesoría, difusión de los objetivos y de los materiales en los centros de salud, participación en ruedas de prensa junto con los responsables oficiales y apoyo a otros niveles.

Por otra parte la semFYC ha participado y ha co-financiado desde sus orígenes las actividades del **Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT)**. La semFYC ocupa una de las vicepresidencias en este comité que está llamado a jugar un papel sustancial en la lucha

---

[Prev Tab 2001; 3(Supl. 1): S6-S8]

antitabáquica en nuestro país. Pongamos por ejemplo la actuación del Comité en apoyo de la Directiva Europea de restricción de la publicidad del Tabaco, la participación en la Red Europea de Prevención del Tabaquismo o la organización del I Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo (Sevilla, Marzo 2001), entre otras actividades y reuniones.

El Congreso de semFYC celebrado en Zaragoza en 1998 fue el primer intento serio en nuestra sociedad de celebrar un **Congreso SIN HUMO**. La experiencia de Congreso sin Humo fue el primer reto de importancia abordado por el GAT. Hay que ser conscientes de la importancia que tiene la participación activa de los sanitarios en la reducción del hábito tabáquico en la población general. Los profesionales sanitarios tienen responsabilidades ante determinados estilos de vida relacionados con la salud. Como agentes proveedores de salud es preciso ser más perseverantes ante las actitudes y conductas totalmente incompatibles con esos fines. Ante el problema del tabaquismo, los fumadores esperan de los médicos un rol ejemplar, un modelo a seguir, que ayude a reforzar su intención de abandonar esa conducta. ¿Qué mejor momento que un congreso médico, donde se airean los nuevos avances para la mejora de la salud de la comunidad, para reflexionar sobre esta cuestión?. Con la iniciativa de CONGRESO SIN HUMO se trató de poner en marcha una nueva imagen de entornos libres de humo para que nuestro ejemplo mejore nuestra credibilidad. Las actividades del Congreso Sin Humo fueron las siguientes: a) *Diseño de logo*: Para esta campaña se ha diseñado un logotipo especial para señalar los espacios en los que se pretende conseguir ambientes limpios de humo. b) *Concurso de lemas*: se realizó un concurso de lemas relacionados con tabaco y salud y con mensajes positivos acerca de los entornos libres de humo, d) *Presentaciones*: se presentaron diversas asociaciones y actuaciones de prevención del tabaquismo. e) *Señalización*: Con un fin recordatorio, se diseñó el logotipo “SIN HUMO” expresamente para la campaña, que apareció permanentemente en las zonas de tránsito de la sede del congreso. Intermitentemente aparecía también el logotipo en la mensajería de vídeo y al comienzo de las proyecciones científicas de las salas y f) *Grupo de Animación*: A lo largo del congreso aparecerían en los espacios señalizados “personajes libres de humo” (mimos) que ayudaron a los congresistas a reforzar la decisión de colaborar con la campaña<sup>4</sup>. Los Congresos de Tenerife en 1999 y de Gijón en 2000 también incluyeron actividades orientadas a aumentar los espacios sin humo en el seno de nuestras reuniones.

La última iniciativa de importancia ha sido la **I SEMANA SIN HUMO**. Del 29 de mayo al 2 de Junio del 2000 la semFYC, realizando un considerable esfuerzo económico,

organizó esta actividad coincidiendo con el día mundial sin Tabaco de la OMS. En la campaña participaron los miembros del GAT, los responsables del PAPPS en las comunidades autónomas y centros de salud y los vocales de prensa nacionales y autonómicos de la semFYC<sup>5</sup>. La repercusión de la campaña en los medios de comunicación locales, regionales y nacionales fue magnífica. Los responsables del PAPPS en los equipos de atención primaria organizaron las actividades de la Semana. Una de las iniciativas más interesantes fue el montaje de unas mesas-consulta de tabaco en algunos centros de salud. El objetivo fue informar, entregar materiales, motivar y ofrecer algún tipo de soporte a los fumadores o a sus familiares y amigos<sup>6</sup>. Es una manera de hacer patente ante la población la actitud del equipo de salud y la disposición de ayudar a los fumadores que desean abandonar su hábito. Tanto los profesionales sanitarios fumadores como los no fumadores aceptaron bien esta campaña. Existe la percepción de que el tabaco es enemigo de la salud y de que en alguna medida el profesional debe transmitir este tipo de mensajes. Evidentemente hay mucha heterogeneidad a la hora de abordar el problema. A menudo se dan posiciones demasiado tímidas y neutrales. Está claro que la propia actitud personal de los médicos y de las enfermeras, termina modulando los mensajes. Es necesario mejorar el cumplimiento de la legislación sobre tabaquismo en los centros sanitarios y delimitar claramente espacios destinados al personal sanitario fumador, sin que ello suponga crear ningún tipo de tensión ni enfrentamiento. Los pacientes aceptan bien los consejos orientados a mejorar su salud. Cualquier intervención en tabaquismo tiene un efecto pequeño y limitado en la conducta de fumar. Pero a buen seguro que la suma de todas esas actividades tiene un efecto significativo en la población fumadora. La campaña se planteó en términos positivos y de respeto. Como probablemente una buena campaña pueda incrementar la demanda de ayuda por parte de los fumadores, todos los médicos de familia deben conocer las estrategias cognitivo-conductuales, motivacionales y farmacológicas eficaces para ayudar a estos pacientes. Por otra parte en algunos casos habrá Unidades de Tabaquismo de referencia. Hay que intentar que las expectativas de la población no superen las capacidades para abordar esa demanda potencial. Debemos insistir en todo caso en la mejora de la formación de los profesionales. La continuidad de la Semana Sin Humo parece garantizada después de su aprobación para el año 2001.

Queda todavía camino para considerar al tabaquismo tributario de tanta o más atención que a otros factores de riesgo. Es necesario que desde la Administración central como desde las Comunidades Autónomas, se desarrollen políticas de salud claras y definidas en relación al tabaquismo, creando una normativa reguladora y legislativa,

y dotando con financiación específica los programas de control y prevención del tabaquismo. En conclusión, todos los médicos de familia están implicados en la lucha contra el tabaquismo, proclamando y reivindicando los espacios sin humo, la protección de los no fumadores y la defensa de los niños y jóvenes de las presiones de la publicidad y del entorno social para consumir tabaco.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Alonso J, Magro R, Martínez JA, Sanz N. Tabaco y Atención Primaria. Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España. 1998.
2. Gil E, Robledo T, Rubio JM, Bris M, Espiga I, Saiz I. Prevalencia del Consumo de Tabaco en los Profesionales Sanitarios del INSALUD, 1998. España. *Prev Tab* 2000 2:22-31.
3. Subias PJ, Garcia-Mata JR, Perula L y Grupo de evaluación del PAPPs. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de centros de salud adscritos al PAPPs de la semFYC. *Aten Primaria* 2000;25:383-389.
4. Nerin I, Córdoba R. Hacia un nuevo consenso: Los congresos sin humo. *Med Clin (Barc)* 2000;113:413-414.
5. Torres Lana A, Solbes A. Semana Sin Humo (ejemplos). *Aten Primaria* 2000; 25:525.
6. Mas A, Cuello MJ, Torres I, Toribio B. La experiencia de la "semana sin humo" en un centro de salud. *Aten Primaria* 2000; 26:577.

## Tabaco y cardiología

Federico Vallés Belsúe<sup>1</sup>, Víctor López García-Aranda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Presidente de la Sociedad Española de Cardiología. <sup>2</sup>Vocal del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.

---

Los primeros hitos en la demostración de una relación significativa entre el tabaco y la incidencia de enfermedad cardiovascular datan ya de la primera mitad del siglo XX<sup>1</sup>, aunque los primeros estudios prospectivos no se publicaron hasta el último tercio del siglo, mereciendo mencionarse, por su repercusión, el Minnesota Business Men Study y el Framingham Study<sup>2-5</sup>. Este último estableció la conocida relación dosis-efecto (cada 10 cigarrillos diarios = 18% de incremento de mortalidad en hombres y 31% en mujeres). Surgió en éstos estudios pioneros el término "factor de riesgo", que se utilizó por primera vez en 1961<sup>5</sup>.

El efecto sinérgico de los factores de riesgo fue bien estudiado por el Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), que examinó la mortalidad por enfermedad coronaria en una cohorte de 316.099 varones. El número de cigarrillos diarios fue un fuerte predictor y su efecto resultó sinérgico con los demás factores. Así, los fumadores con la presión sistólica y el colesterol total en el quintil superior tuvieron una mortalidad coronaria 20 veces mayor que la de los no fumadores en el quintil inferior de colesterol y presión sistólica<sup>6</sup>. El efecto inverso, es decir, la delimitación de un grupo de características que definen a un grupo de población como de muy bajo riesgo, también ha sido demostrado recientemente. Así, se ha encontrado que entre personas sanas, la coexistencia de: colesterol < 200 mg%, tensión arterial < 120/80 y no fumar, producen una disminución en la mortalidad de origen coronario de hasta el 90% según los grupos de edad, y del 50% en la mortalidad total<sup>7</sup>.

El tabaco ha estado entre los factores de riesgo desde los primeros estudios y en las guías de actuación del ACC/AHA para valoración del riesgo cardiovascular, aparece dentro del grupo de los 6 factores de riesgo independiente mayores<sup>8</sup>: Consumo de cigarrillos, hipertensión arte-

rial, colesterol total (y LDL) elevado, colesterol HDL bajo, diabetes mellitus y edad avanzada. Se ha observado además una buena correlación de la incidencia de enfermedad coronaria con los marcadores bioquímicos de la intensidad del consumo: concentración de nicotina, cotinina, o monóxido de carbono<sup>9</sup>.

A pesar de ello, los profesionales de la Cardiología, no hemos predicado con el ejemplo en este campo y, de hecho, son muchos los que siguen fumando en el momento actual. Los Congresos de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) son congresos libres de humo. La SEC, a través de la Fundación Española del Corazón (FEC) tanto con sus consejos siempre que aparece públicamente, como en su revista (números 11, 13, 14) ha aconsejado no comenzar a fumar o dejarlo totalmente y ha editado folletos al respecto.

Las secciones de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias y la de Cardiología Preventiva y Rehabilitación en sus publicaciones han señalado la importancia de dejar de fumar.

A pesar de no haber lanzado ninguna campaña específica sobre el tabaco, ha colaborado con otras campañas, como día sin humo, etc.

No obstante, la posición de la SEC no ha sido muy activa, estando pendiente del desarrollo de su plan estratégico en el que se contempla la lucha contra los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. La actitud de los miembros de la sociedad va siendo cada vez positiva y de hecho, cada vez se fuma menos (aunque un sólo cardiólogo que fume es ya un exceso).

Deseamos larga vida a la revista Prevención del Tabaquismo dedicada a los profesionales de la salud y hacemos votos para que sigan apareciendo publicaciones similares orientadas hacia la población general para que la que ha sido nominada como epidemia del siglo XX comience su verdadero ocaso.

---

[Prev Tab 2001; 3(Supl. 1): S9-S10]

## BIBLIOGRAFÍA

1. English JP, Willius FA, Berkson J, Tobacco and coronary disease. *JAMA* 1940, 115: 1327-1329.
2. Keys A, Taylor HL, Blackburn H, Brozek J, Anderson JT, Simonson E. Coronary heart disease among Minnesota business and professional men followed 15 years. *Circulation* 1963; 28: 381-395.
3. Kannel WB, Higgins M. Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. *J Hypertens* 1990;8 (5): S3-S8.
4. Kannel WB. Some lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham. *Am J Cardiol* 1976; 37: 269-282.
5. Kannel WB, Dawber TR, Kagan A, Revotskie L, Stokes J III. Factors of the risk in the development of coronary heart disease: six-years follow-up experience. *Ann Intern Med* 1961; 55: 33-50.
6. Neaton JD, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316,099 white men. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med* 1992; 152 (1): 56-64.
7. Gottlieb S. Some people are at very low risk from heart disease. *BMJ* 1999; 319: 1522.
8. Scott M, Grundy, MD, PhD; Richard Pasternak, MD; Philip Greenland, MD; Sidney Smith, Jr, MD; Valentin Fuster, MD, PhD. Assessment of Cardiovascular Risk by Use of Multiple-Risk-Factor Assessment Equations. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation* 1999; 100: 1481-1492.
9. Woodward M, Moohan M, Tunstall-Pedoe H. Self-reported smoking, cigarette yields and inhalation biochemistry related to the incidence of coronary heart disease: results from the Scottish Heart Health Study. *J Epidemiol Biostat* 1999; 4 (4): 285-295.

## Día Mundial sin Tabaco 2001. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

Cecilia Plañiol Lacalle<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Angeles Planchuelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Presidenta Nacional de la AECC. <sup>2</sup>Coordinadora Prevención Primaria y Educación para la Salud de la AECC.

---

Día a día se está demostrando cómo el tabaquismo involuntario (y utilizamos este término más que el de pasivo para evitar la condición de "pasividad" que acompaña a este último) es un importante problema de salud pública en el que se ven inmersos actores que eligiendo un hábito comportamental no fumador sufren, sin embargo, las consecuencias de la decisión de fumar de las personas de su entorno.

El tabaquismo pasivo constituye la tercera causa de muerte evitable en el mundo, siendo el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares y respiratorias las consecuencias más representativas del mismo, estimándose en 1.146 el número de muertes/año producidas por esta causa en Europa<sup>1</sup> y entre 586 y 616 en España, lo que representa aproximadamente el 1% del total de muertes atribuibles al consumo de tabaco y el 2% de las defunciones por todas las causas<sup>2</sup>.

"Mantengamos el aire limpio de humo de tabaco" es algo más que un lema, es la expresión de cómo el abordaje de la problemática tabáquica ha de ser tan complejo y amplio como vasta es su imbricación en la sociedad. Padres e hijos, compañeros de trabajo, estudios y diversión (se estima que un 70% de la población adulta está expuesta al aire contaminado de humo de tabaco -ACHT- en algún momento del día, un 30% es fumador pasivo en su medio laboral y un 12-16% lo es en su hogar<sup>3</sup>) ven día a día amenazada su convivencia sólo por el hecho de no compartir el hábito de consumir un producto que lejos de producir beneficios, perjudica a propios y ajenos, como quedó de manifiesto en los estudios de cohortes de Japón<sup>4</sup>, USA<sup>5</sup> y Escocia<sup>6</sup>, corroborados posteriormente en diversos metaanálisis<sup>7, 8</sup> donde se estima que el riesgo de padecer cáncer de pulmón en mujeres no fumadoras expuestas al ACHT de su pareja fumadora es de 1,35.

Desde la industria tabaquera nos lanzan mensajes aislados, difusos e incluso contradictorios que hacen que tanto las personas que se están iniciando en el hábito como las que ya lo han adquirido piensen que fumar es una decisión personal en la que nadie ha intervenido; que el perjuicio (en caso de existir) va a ser sólo para ellos e incluso que son "perseguidos" por los no fumadores al establecerse áreas de fumadores y no fumadores en los lugares de convivencia, cuando se ha podido observar que trabajar en un medio laboral con un contenido medio - alto de ACHT durante 4 horas, supone que las cantidades de nicotina en orina y saliva de los no fumadores sean similares a las cantidades detectadas en los fumadores activos de formas "lights"<sup>9</sup>.

Los objetivos que la AECC se ha marcado en esta ocasión se basan tanto en provocar la reflexión en la sociedad sobre los peligros que entraña el ACHT informando y concienciando a los fumadores del perjuicio que ocasionan a los no fumadores, como en ofrecer estrategias a los fumadores para defender su derecho a respirar aire no contaminado por humo de tabaco ya que, por ejemplo, el fumador involuntario inhala 1-2 mg de alquitrán, lo que equivale al consumo de 1-2 cigarrillos/día tras una hora de estancia junto a dos o tres fumadores en una habitación de tamaño medio<sup>10</sup>.

Con frecuencia al fumador involuntario se le relaciona en primer término con circunstancias o situaciones laborales o de ocio, olvidando que es el ambiente familiar el que se establece como primer punto de encuentro entre fumadores y no fumadores. Informar y concienciar a los padres de la influencia que sobre sus hijos tiene fumar en el hogar se constituye quizá en la tarea más difícil de abordar de todas las que de forma integral deberían instaurarse para conseguir nuestro objetivo. Datos como que los hijos de padres fumadores padecen un 30% más de infecciones respiratorias<sup>11</sup>, un 20% más de crisis asmáticas<sup>11</sup> y un 50% más de otitis<sup>12</sup>, deberían servir para instaurar programas de promoción de la salud en general y prevención de enfer-

---

[Prev Tab 2001; 3(Supl. 1): S11-S12]



medades en particular, así como para introducir en el consejo sanitario por parte de todos los profesionales de la salud mensajes específicos relativos a este tema y no desdeñar ninguna intervención casual para este fin.

Conseguir espacios libres de humo es una tarea compleja en la que de forma complementaria la educación y la legislación adquieren un papel primordial que, junto a la puesta en marcha de programas que faciliten su consecución, se constituyen en los componentes fundamentales de las estrategias destinadas a reducir en lo posible la magnitud de la epidemia tabáquica. Con la adopción de esta línea de actuación, la AECC pretende ayudar a mejorar los niveles de salud en los lugares de convivencia como los centros de trabajo, consiguiendo acuerdos entre fumadores y no fumadores de tal forma que el no fumador vea satisfecho su derecho a tener un ambiente libre de humo y que el fumador vea respetada su decisión de fumar, a la vez que se ofrecen recursos para abandonar el hábito.

Son numerosas las llamadas de atención que desde diversas instituciones y foros se han realizado en pro de la defensa de ambientes libres de ACHT. Ya en el año 74, el Comité de Expertos de la OMS en su informe técnico 568 recomendó la adopción de medidas para proteger a los no fumadores de la exposición involuntaria al humo de tabaco en los lugares de trabajo. La "Carta de Madrid<sup>13</sup>" reconoce en 1988, el derecho de las personas a ser protegidos no sólo de las enfermedades causadas por el consumo de tabaco, sino también de la contaminación creada por el humo del mismo. Más tarde, 1992 fue declarado por la Unión Europea "Año Europeo de la Higiene, la seguridad y la protección de la salud en los centros de trabajo", la O.M.S. escogió como lema del 31 de Mayo "Trabajo sin tabaco, un paso hacia delante" y el programa Europa Contra el Cáncer trató "La prevención del cáncer en el lugar de trabajo" durante la Semana Europea Contra el Cáncer de ese mismo año. Más recientemente, la "Declaración de Canarias, siglo XXI sin tabaco<sup>14</sup>" recoge en uno de sus puntos "Proteger a los no fumadores de la exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental, convirtiendo todos los lugares públicos, de trabajo y las casas en espacios sin humo".

En Europa, un 76% de la población no está de acuerdo en que se pueda fumar sin restricción en los lugares públicos y un 82% de los encuestados está de acuerdo en que el derecho a trabajar en zonas no fumadoras debería estar garantizado por Ley (Eurobarómetro 41.0, 1994). En España, los datos que la AECC ha obtenido a través de su programa "Política no fumadora en los lugares de trabajo" siguen esta misma tendencia y así, el 81% de la población activa encuestada considera adecuado que se adopten medidas legales para regular el consumo de tabaco, el 87% apoya que exista restricción de

áreas en los lugares públicos cerrados y el 76% que se delimiten zonas en los lugares de trabajo (AECC, 1998).

Mensajes como normalizar el no fumar (el 64% de la población es no fumadora), y asociarlo con hábitos y lugares cotidianos –trabajo, hogar, centros de educación, de ocio...–, lanzar la idea de que la salud de los no fumadores es en parte co-responsabilidad de los fumadores, poner de manifiesto que respetar la legislación existente es participar en el grado de salud poblacional o hacer ver al fumador que cuando fuma generalmente lo hace en compañía de sus personas más queridas, son los retos a los que la AECC se enfrenta día a día y que con motivo del 31 de Mayo quiere resaltar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Merletti F, Richiardi L, Boffetta P. Health effects of passive smoking 1998; *Med Lav* 89(2): 149-163.
2. Banegas JR, Estapé J, Gonzalez-Enriquez J, Lopez V, Paedell H, Salvador T, Sanchez Agudo L, Villabí JR. Exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco: Revisión actualizada y posibilidades de actuación. *Semergen* 2000; 25(8): 702-711.
3. Sanchez Agudo L. Riesgo del fumador pasivo. *Arch Bronconeumol* 1992; 28: 109-111.
4. Hirayama T. Non smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J* 1981; 282: 183-185.
5. Garfinkel L. Time trends in lung cancer mortality among nonsmokers and a note on passive smoking. *J Natl Cancer Inst* 1981; 66: 1061-1066.
6. Gillis CR, Hole DJ, Hawthorne VM, Boyle P. The effect of environmental tobacco smoke in two urban communities in the west of Scotland. *Eur J Respir Dis* 1984; 65 (suppl. 133): 121-126.
7. National Research Council. Environmental Tobacco Smoke: Measuring exposures and assessing health effects. Washington, DC: National Academy Press; 1986
8. Wald NJ, Nanchahal K, Thompson SG, Cuckle HS. Does breathing other people's tobacco smoke cause lung cancer?. *Br Med J* 1986; 293: 1217-1222.
9. Feyerabend C, Byrd J. Nicotine concentrations in urine and saliva of smokers and nonsmokers. *Br Med J* 1982; 284: 1002-1004.
10. Hugod C. Exposure of passive smokers to tobacco smoke constituents. *Int Arch Occup Environ Health* 1978; 42: 21-29.
11. Zmirou D et al. Passive smoking respiratory risk. A quantitative synthesis of the literature. *Rev Mal Respir* 1990; 7(4):361-371.
12. E.P.A. Respiratory Health effects of passive smoking. Environmental Protection Agency 600/6-90/006F. Diciembre 1992. Washington DC 20460. P. 7/21-7/29.
13. 1ª Conf. Europea sobre Política del Tabaco. Madrid, 7-11 Noviembre 1998.
14. II Conf. Europea sobre Tabaco o Salud. Las Palmas de Gran Canarias, 23-27 Febrero 1999.

## Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR): Actividades a favor del control y prevención del tabaquismo

S. Solano Reina<sup>1</sup>, V. Sobradillo Peña<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Presidente del Área de Tabaquismo (SEPAR). <sup>2</sup>Presidente de SEPAR.

---

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ha configurado su organización científica actual a través de los comités que se incorporaron a mediados de la década de los 80, a destacar el Comité Científico, el Comité de Congresos, el Comité de Reglamento, el **Comité de Prevención del Tabaquismo**, y más recientemente, el Comité de Asuntos Profesionales y el Comité de Cirugía Torácica.

El **Comité de Prevención del Tabaquismo**, que desde la perspectiva de los neumólogos y cirujanos torácicos, intervino desde sus orígenes en pro del control y de la erradicación de esta gravísima epidemia que constituye en la actualidad el consumo de tabaco<sup>1</sup>. Como se puede observar, ya desde sus inicios, la SEPAR vislumbró la importancia del control y prevención del tabaquismo, incluyendo este Comité como un pilar más de su estructura científica.

Siguiendo en la línea de las tareas desarrolladas por nuestros predecesores, conscientes de que el Tabaquismo constituye un problema sanitario de primera magnitud en los países desarrollados y al ser nuestro País uno de los Estados Europeos que presenta mayores tasas de consumo de tabaco, los miembros de SEPAR, al estar muy directamente implicados en la patología respiratoria derivada del hábito tabáquico, se muestran bastante sensibilizados y participan activamente en todas las acciones encaminadas a erradicar esta plaga de nuestra Sociedad.

El Comité de Prevención del Tabaquismo de SEPAR, tuvo la idea en Junio de 1994 de sacar a la luz una revista monográfica especializada en Tabaquismo (**Revista del Comité de Prevención del Tabaquismo**), que sería la primera de este contenido en nuestro país. Nuestra intención fue que por medio de ella y a través de sus diferentes sec-

ciones (Editoriales, Originales, Entrevistas, Actualizaciones, Revisiones, etc.), los profesionales de la salud interesados en la Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, tuvieran un marco donde expresar e intercambiar sus opiniones e inquietudes que este gravísimo problema sanitario les pudiera ocasionar<sup>2</sup>.

En principio, la Revista tuvo una periodicidad semestral, es decir, dos números al año con una tirada de 2.500 ejemplares el primer número. Con el entusiasmo y la participación activa de los profesionales implicados en el tema, pronto aumentó el número de colaboradores, consiguiéndose publicar 9 números de la revista, incrementándose la tirada a 5.000 ejemplares, siendo el último número publicado el de junio del año 1999. A principios del año pasado se retomó de nuevo la Revista, pasando la edición a ser trimestral, aumentándose la tirada a 30.000 ejemplares, llegando incluso a nuestros colegas latinoamericanos de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT), siguiendo en la línea de la búsqueda de la evidencia científica y ampliando cada vez más las bases de colaboración con otros profesionales de la sociedad (enseñanza, periodistas, políticos, etc.)<sup>3</sup>.

La Junta Directiva de la Sociedad (SEPAR) decidió una nueva reorganización de su estructura científica creando las Áreas de Trabajo y se determina también convertir el antiguo Comité de Prevención del Tabaquismo en **Área de Trabajo de Tabaquismo**<sup>4</sup>. Actualmente existen en SEPAR ocho Áreas de Trabajo (Asma, Clínica, Enfermería y Fisioterapia, Insuficiencia respiratoria y Trastornos del Sueño, Oncología, Técnicas y Transplante, Tuberculosis e Infecciones respiratorias y Tabaquismo).

Entre las actuaciones más relevantes de SEPAR a favor del control y prevención del tabaquismo destacan:

1. Agrupar a miembros de la Sociedad sensibilizados por el problema del tabaquismo. En la actualidad existen más de 200 miembros inscritos en el Área de Tabaquismo, activamente implicados en tareas relacionadas

---

[Prev Tab 2001; 3(Supl. 1): S13-S15]

con el tabaquismo desde los diferentes Servicios de Neumología extendidos por todo el país.

2. Desde el Comité Ejecutivo del Área se asesora al Presidente y a la Junta Directiva en materia relacionada con el tabaquismo<sup>5</sup>, como pueden ser, datos actuales sobre mortalidad y morbilidad, datos epidemiológicos, nuevos avances terapéuticos, medidas legislativas, litigios con la Industria Tabaquera, noticias, temas de actualidad, etc.
3. El Área de Tabaquismo ha promovido y desarrollado diferentes proyectos de investigación a lo largo de su andadura y desde sus inicios como Comité de Prevención del Tabaquismo, estudios epidemiológicos sobre profesionales sanitarios y tabaquismo<sup>6,7,10</sup>, publicaciones monográficas y manuales sobre tabaquismo, persiguiendo una actividad docente y formativa para todos aquellos interesados en el tema<sup>8,9</sup>, programas de tratamiento del tabaquismo<sup>11</sup>, estudio y prevención del tabaquismo en población escolar<sup>12</sup>, etc.
4. También SEPAR lleva a cabo la realización de documentos científicos o Normativas. El resultado de estas normativas no pretende otro objetivo que la mejora de la calidad asistencial y el disponer de la norma o guía que facilite la uniformidad en la actitud a seguir. El Grupo de Tratamiento del Tabaquismo, editó una Normativa para el tratamiento del Tabaquismo<sup>13</sup> (Normativa SEPAR), que fue publicada en 1997. Teniendo en cuenta la aparición de nuevos avances en la terapia farmacológica del tabaquismo, merced a los logros de la investigación incesante en este campo, esta normativa se actualizó posteriormente, siendo publicada por Archivos de Bronconeumología, órgano oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica<sup>14</sup>.
5. El Área también promueve y organiza Reuniones científicas en relación con el tabaquismo, como pueden ser seminarios, cursos monográficos, el Simposio anual sobre Tabaquismo coincidiendo con el Congreso Nacional SEPAR, y las Reuniones de Invierno en periodo intercongresual, de las que ya hemos organizado dos. La I Reunión de Invierno del Área<sup>15</sup> fue en Enero del año pasado, en la que se organizaron dos mesas redondas. En una de ellas se trató el Tema “Educación y Tabaco”, en la segunda Mesa Redonda el tema fue “Problemática actual del control del tabaquismo en España”, en la que surgió un productivo debate sobre medidas terapéuticas, intervención de las Instituciones públicas y privadas, los medios de comunicación social y los litigios actuales contra la Industria Tabaquera. La II Reunión de Invierno<sup>16</sup> fue en febrero de este año, con dos mesas redondas, la primera con el título de “El

Tabaco en la Sociedad Actual” y la segunda Mesa cuyo título fue “Abordaje multifactorial del Tabaquismo”, se debatió sobre los diferentes niveles en los que se fomenta el tratamiento del tabaquismo: desde la Oficina de Farmacia, desde la Atención Primaria, el papel que juega la Enfermería y por último la intervención del Tabaquismo desde una Unidad Especializada.

6. La SEPAR también promueve el impacto social de sus miembros como sensibilizadores de la sociedad en relación con el control y prevención del hábito tabáquico. Dada la magnitud que ha alcanzado la epidemia de tabaquismo en la actualidad, se considera que ha dejado de ser un asunto estrictamente sanitario y se ha convertido en un problema político, económico y social. Desde el Comité Ejecutivo del Área de Tabaquismo se intenta promover la función social e impulsar el importante papel social de sus miembros como sensibilizadores de la sociedad en relación con el control y prevención del tabaquismo<sup>17</sup>.

Los profesionales sanitarios, tenemos una función social muy importante a desarrollar, asegurándonos el apoyo del gran público y facilitando la acción política a favor de medidas de Prevención del Tabaquismo dirigida a la Sociedad en general, mediante medidas legislativas o económicas, pues es bien conocido que son eficaces en la prevención del tabaquismo<sup>18</sup>.

En el informe publicado por el Comité de Asuntos Profesionales través de su Gabinete de Prensa<sup>19</sup>, se refleja la actividad desarrollada por SEPAR desde Mayo de 1999 a Abril de 2000. En esta publicación se recoge la repercusión generada durante este periodo en los medios de comunicación y que han tenido su origen en las actividades desarrolladas por las diferentes Áreas de Trabajo. La audiencia total en estos medios durante el periodo anteriormente mencionado ha sido de 120.946.699 “impactos”. Es decir, que a cada español le ha llegado una media de tres mensajes directamente generados por nuestro Gabinete de Prensa. Cuando se analiza la distribución de “impactos” desglosados por Áreas de Trabajo, observamos que el Área de Tabaquismo generó 29.653.600 “impactos”, osea, la cuarta parte de la audiencia total, lo que quiere decir que a cada español le ha llegado casi un mensaje directamente, derivado de las actividades desarrolladas por nuestra Área de Tabaquismo.

Los datos sobre índices de difusión y audiencia de medios de comunicación corresponden a los ofrecidos por la Oficina de Justificación de la difusión (OJD) y el Estudio General de Medios (EGM).

Para concluir, no queremos dejar de manifestar que la experiencia nos demuestra que la forma más prometedora

de reducir el consumo de tabaco en cualquier país, es la de adoptar políticas sobre el tabaco que coordinen una amplia variedad de medidas individuales y colectivas a nivel nacional y autonómico. Ha quedado bastante claro que los cambios no se producirán a través de los esfuerzos de un solo Ministerio, Consejería, Instituto de Salud, Organización Científica Médica, ONG o Grupo de Interés Público, sino que deberá llevarse a cabo, conjuntamente desde estos organismos, sin excluir a ninguno y a través de un amplio y permanente esfuerzo común.

Finalmente, destacar que en los países donde las tasas de tabaquismo en población general han disminuido sustancialmente, han sido aquellos en los que la implicación de los profesionales de la salud ha sido más dinámica y decisiva. Deseamos mostrar nuestra más firme convicción en que los profesionales sanitarios desempeñamos un papel primordial en lo que se refiere a la promoción de la salud y la práctica de hábitos saludables que incluye el consumo de tabaco, hasta tal punto que la eliminación de la epidemia de tabaquismo no será factible hasta que este colectivo predique con el ejemplo y abandone el consumo de tabaco.

En este sentido, queremos dejar constancia, que sin lanzar las campanas al vuelo, los neumólogos y cirujanos torácicos, cumplimos en gran medida nuestro papel ejemplar y educador. Según los datos de la Encuesta SEPAR sobre tabaquismo<sup>10</sup>, la tasa de fumadores es del 15%, aconsejan siempre a sus pacientes para que dejen de fumar cerca del 90 %, y constituimos el colectivo que más rápidamente esta disminuyendo su prevalencia de fumadores en comparación con otras especialidades, según se confirma constando nuestros resultados con el estudio sobre profesionales sanitarios del Insalud<sup>20</sup>, llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Coll Colomé F. SEPAR: Historia de la Neumología y la Cirugía Torácica Modernas. Barcelona: Ed Fundación Uriach; 1992.
2. Comité de Prevención del Tabaquismo. Editorial. *Prev Tab* 1994; 1(1): 3.
3. Jimenez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M. Editorial: Ciencia, pluralidad, universalidad y colaboración. *Prev Tab* 2000; 2 (1): 1-2.
4. Jiménez Ruiz CA. Área de Trabajo de Tabaquismo. *Prev Tab* 1995; 1(2): 5
5. Sobradillo Peña V y Solano Reina S. Día Mundial sin Tabaco: El tabaco mata, no te dejes engañar. *El MEDICO*, Junio- 2000, nº 757: 12-14.
6. Sánchez Agudo L, Calatrava Requena J, Escudero Bueno C, García Hidalgo A, Marco Martínez V, Esteras Seras A. Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. *Med Clin (Bar)* 1988; 90: 404-407.
7. Solano Reina, Flórez S, Ramos A., Ramos L, Pérez E, Forniés E. Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en el Hospital de la Princesa. *Prev Tab* 1994; 1 (1): 14-23.
8. Número Monográfico: Tabaquismo. Comité Prevención Tabaquismo (SEPAR). *Arch Broncomeumol* 1995; 31:99-137.
9. Jimenez Ruiz CA, Escudero Bueno C, García Hidalgo A, Roca Torrent J, Solano Reina S, Pérez Trullén A. Manuales SEPAR, 1995; Vol 1: Tabaquismo.
10. Romero Palacios PJ, Solano Reina S, Jimenez Ruiz CA, Barrueco M, Hernández I, Lorza JJ, De Granda JJ, Sobradillo V, Luna JD. El tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Prev Tab* 2000; 2 (3): 151-165.
11. Jimenez Ruiz CA, González de Vega JM, Escudero Bueno C, Solano Reina S, Pérez Trullén A, García Hidalgo A, Flórez Martín S. Resultados de un programa de cesación tabáquica en Neumólogos y Cirujanos de Tórax. *Arch Broncomeumol* 1996; 32 (3): 138-141.
12. Barrueco M, Hernández Mezquita MA, Cordovilla R, Flórez S, Vega MT, Garrido, Jimenez C. Prevención del tabaquismo en los centros escolares españoles. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 406-499.
13. Jimenez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo MJ, Florez Martin S, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Carrión Valero F. Normativa sobre el tratamiento del tabaquismo. Sociedad Española de Neumología Cirugía Torácica (SEPAR). 1997.
14. Jimenez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo MJ, Flórez Martín S, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M y Carrión Valero . Normativa SEPAR: Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 499-506.
15. I Reunión de Invierno del Área de Tabaquismo (SEPAR). Organizadores: M. Barrueco y MA Hernández Mezquita. 29 de Enero 2000, Salamanca.
16. II Reunión de Invierno del Área de Tabaquismo (SEPAR). Organizador: Pedro J Romero Palacios. 24 de Febrero 2001, Granada.
17. Solano Reina S, Pérez Amor E, González de Vega JM, Ruiz Pardo MJ, Suárez Camino J, Jimenez Ruiz CA. Funciones del profesional de la salud frente al tabaquismo. Cuadernos de Formación continuada SEPAR. Nº 7, Octubre 1996.
18. Reid DJ, Killoran AJ, Mc Neill A, Chambers JS. Choosing the most effective health promotion options for educating a nation's smoking prevalence. *Tobacco Control* 1992; 1: 185-197.
19. Montemayor T y Valladares F. Comité de Asuntos Profesionales. Gabinete de Prensa. Actividad entre Mayo 99-Abril 00. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), 2000.
20. Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Sáiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. *Prev Tab* 2000; 2 (1): 22-31.

## Trabajando para el control del tabaco desde el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo

Joan R. Villalbí

*Presidente Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo*

---

El Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo nació fruto de la rabia y la frustración de un grupo excepcional de profesionales. En 1995, al finalizar la Conferencia sobre Tabaco en París, el reducido grupo de participantes procedentes de España se reunió y acordó que hacía falta crear una organización que aglutinara los dispersos esfuerzos que se hacían en nuestro país para la prevención del tabaquismo. Existía la sensación de que no se avanzaba, que entre la Conferencia de Buenos Aires y la de París apenas se había progresado, y que uno de los mayores problemas de salud pública seguía ignorado por la administración, ante una cierta indiferencia del grueso de los profesionales de la salud y del conjunto de la sociedad. Poco después, fruto del trabajo de un puñado de personas excepcionales, surgiría el Comité, que de un lado es una asociación, y por otra parte está formado básicamente por sociedades profesionales y científicas preocupadas por el problema del tabaquismo, aunque admite también socios individuales.

Los primeros tiempos fueron muy duros y difíciles. Pero el trabajo callado empezó a rendir sus frutos. Los esfuerzos iniciales se dirigieron a implicar más a los médicos y otros profesionales de la salud en el control del tabaquismo, y también a solicitar de las administraciones públicas (especialmente del Ministerio de Sanidad y Consumo) un papel preventivo más activo. Desde el Comité se ha impulsado la edición de diversos libros y folletos para profesionales, con apoyo de la industria farmacéutica y del Ministerio de Sanidad, centrados en los efectos del tabaco, la importancia de la prevención, y la necesidad de un abordaje sistemático del tabaquismo. Esta línea de trabajo ha culminado en la compilación y edición del Libro Blanco del Tabaquismo en España, la colaboración con el Insalud en la campaña ‘corta por lo sano’ y la edición de un material docente de calidad sobre el tabaquismo y su control. El

Libro Blanco es un auténtico compendio de todo lo que se sabía en 1997-98, momento en que se preparó, y contiene unas recomendaciones para la prevención que marcaron un hito<sup>1</sup>. Agotado apenas publicado, hoy su contenido se encuentra en la web del Comité en internet ([www.cnpt.es](http://www.cnpt.es)). El siguiente gran paso ha sido el Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, celebrado en marzo del 2001 en Sevilla.

Pero en otra línea, el Comité ha iniciado una labor que no se había desarrollado en España, marcando las políticas públicas de prevención que en otros países han mostrado mayor potencial para reducir el tabaquismo: el control de la publicidad, una política fiscal orientada a la prevención, la ampliación de espacios sin humo<sup>2</sup>... En resumen, aquellas acciones que una regulación efectiva puede abordar y que han mostrado tener un impacto muy fuerte en el consumo en los países desarrollados. Hasta entonces, el tabaquismo era visto más bien como un problema personal, o como máximo médico. Y la experiencia internacional muestra que es un problema social, que necesita de respuestas políticas. Aquí, la coordinación con las alianzas o coaliciones de prevención del tabaquismo de otros países europeos ha sido fundamental, pues hemos aprendido mucho de ellos. Desarrollar esta labor ha llevado al Comité a asumir un papel activo ante los poderes públicos, y ante los medios de comunicación (que configuran la opinión pública, y por tanto motivan en buena parte las acciones de los gobiernos).

El combate por la opinión pública ha sido otra dimensión de la actividad del Comité que creo ha marcado un cambio importante. En efecto, mientras que la industria tabaquera tiene planes de acción precisos para conseguir sus objetivos de promoción y de falta de regulación<sup>3</sup>, el movimiento de prevención del tabaquismo en España no había articulado una estrategia coordinada. El resultado es que ante cualquier oportunidad de progreso, la indus-

---

[Prev Tab 2001; 3(Supl. 1): S16-S17]

tría movilizaba sus agentes y contactos para resistirse a la regulación, intentando crear la impresión de que la regulación era controvertida y abusiva, y la respuesta del movimiento de prevención era escasa y descoordinada. Creo que este es uno de los mayores cambios de los últimos años, y que buena parte es una contribución del Comité. No en balde el informe Quiral sobre los medios de comunicación y la salud identificó al Dr. Víctor López (entonces Presidente del Comité) como una de las fuentes de información más citadas en el tratamiento mediático del tabaco en 1999<sup>4</sup>. Desde el Comité hemos creado opinión, y desarrollado los instrumentos apropiados para su difusión en internet (mediante globalink, en colaboración con la Unión Internacional Contra el Cáncer, y la propia web del Comité, en colaboración con la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria). Ante cualquier evento relacionado con el tabaco, hoy hay portavoces acreditados del movimiento de prevención en toda España, y saben dónde obtener criterios e información contrastada. Y éste es un cambio muy importante, porque la batalla fundamental para la prevención es política, y se dirime en la arena de la opinión pública. A la que acudimos sin apenas recursos, pero con un valor a defender (la salud) y el argumento definitivo (la razón está de nuestro lado). Pero hemos de aprender a convencer: y lo estamos consiguiendo

Por ello creo que la contribución del Comité ha sido muy importante, aunque también lo han sido muchas otras acciones que se han dado al mismo tiempo, y a las que hemos prestado todo el apoyo posible. Un inventario exhaustivo es imposible, pero creo que algunos hitos los marca la actividad creciente de los profesionales de atención primaria en este campo (y hay que destacar el rol de SEMERGEN y semFYC, miembros del Comité); la existencia de una revista como ésta, impulsada desde la SEPAR, con una difusión amplia<sup>5</sup>; las novedades terapéuticas que ofrece la industria farmacéutica; las contribuciones a la prevención de diversos gobiernos autónomos y municipales (con gran valor para impulsar experiencias que luego hay que generalizar<sup>6</sup>; para mencionar sólo tres iniciativas yo mencionaré la red de hospitales sin humo en Galicia y Cataluña; el reembolso del tratamiento sustitutivo con nicotina en Navarra; el anuncio de una demanda a las tabaqueras en

Andalucía...); el desarrollo de un tipo nuevo de mensajes de prevención por la Asociación Española Contra el Cáncer (con un estilo no moralista, y más acordes a la estética juvenil); la ampliación de las unidades de tabaquismo vinculadas a hospitales o universidad (que pese a sus modestas dimensiones son focos incansables de actividad y formación); y los programas comunitarios del tipo del concurso *quit and win*, (que se han ido ampliando de Cataluña a más de media España). Siempre había habido un núcleo de profesionales excepcionales con iniciativas valiosas, pero ahora están menos aislados, más conectados entre sí, y se difunde y amplifica lo que hacen, y sirve de inspiración a otros. Creo que a esto también ha contribuido el Comité, y quiere seguir haciéndolo. Con el necesario debate interno, con la necesaria renovación de personas y cargos, y con un estilo que se va definiendo: sin monopolizar nada, sin buscar protagonismo, pero aportando su posición y apoyando los procesos deseables, como la levadura en el pan. Porque, aunque hayamos hecho progresos, el trabajo a realizar para reducir el problema del tabaquismo en España sigue siendo ingente<sup>7</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Becoña E (Coord) Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa Ediciones; 1998.
2. Ariza C, Villalbí JR. El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención. Barcelona: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2000.
3. Escolà C. Philip Morris creó un lobby en España. El País, 23 de enero del 2000.
4. Observatorio de la Comunicación Científica y Médica de la Universitat Pompeu Fabra. Medicina, comunicación y sociedad. Informe Quiral 1999. Barcelona: Rubes Editorial; 2000. p. 121.
5. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco-Ferrero M. Ciencia, pluralidad, universalidad y colaboración (Editorial). Prev Tab 2000; 2: 1-2.
6. Salleras L, Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL. Setze anys de lluita contra el tabac a Catalunya. Barcelona: Publicacions del Departament de Sanitat i Seguretat Social i Fundació Catalana de Pneumologia; 1999.
7. Gil E, González J, Villar F. Informe sobre la salud de los españoles: 1998. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999. p. 182-191.

## What happened in the field of smoking in Spain in the last years?

Karl O. Fagerström

*Director Fagerström Consulting. Helsingborg.*

---

I have been asked to give some views about how I, from a long distance, have perceived the evolution of tobacco control activities in Spain. It can of course not, by any means, be a correct and comprehensive review of all important activities and persons involved but just what I have happened to be involved in.

I have had the pleasure to watch the growing awareness and activities against tobacco smoking in Spain from the early 80s. My very first visit to Spain, as a non tourist, was to Barcelona. The Generalitat Catalana was a foresighted institution that supported many meetings and activities. I think Dr Lluís Salleras and Dr Helios Pardell were very instrumental in bringing about many activities in the 80s, a little later this duo became a troika with Dr Salto. This troika also was active in the early stage of the European Medical Association Smoking and Health with arranging a conference in Sitges. Among the pioneers in Barcelona should also be mentioned Teresa Salvador Llivina that runs a smoking cessation clinic.

During my early visits to Barcelona I also came in contact with a Spanish pharmaceutical company Esteve that showed a strong and sincere commitment to contribute to the treatment of tobacco dependent smokers. Albert Esteve, a young dynamic American educated representative of the Esteve family was able to negotiate the rights to the first nicotine replacement products in Spain.

During the 90s Madrid came to be a more frequent destination for me. Mostly the activities there were organised in one way or another by Prof. Carlos Jimenez-Ruiz from the department of pulmonary diseases at the Hospital La Princesa in Madrid, often with the help of Dr Segismundo Solano. It seems to me that Prof. Jimenez-Ruiz, today president of the Madrid Respiratory Society, is the leading clinician in the treatment of tobacco dependence in Spain.

He and his group have produced several research papers, some on the radical and new route of reducing harm in smokers unable to quit<sup>1</sup>.

I am particularly impressed by the advanced curricula and good organisations around several meetings e.g. the training course for pharmacists and the academic master course on prevention and treatment of tobacco dependence<sup>2</sup>. The latter course also sees Prof Xavier Ayesta as an organiser and supporter. I am also impressed by the activities from the Respiratory Society and its special section on tobacco. Without its activities like e.g. the 1995 comprehensive report on smoking the smoking prevalence among pulmonologists would hardly have been as low as 11%<sup>3,4</sup>.

The most advanced countries on treatment of tobacco dependence today have their clinical practice guidelines and so has Spain. The Spanish one “Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo” that was produced and supported by Servicio Regional de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid in collaboration with INSALUD and NEUMOMADRID is a very up to date and high quality guideline<sup>5</sup>. Moreover Spanish Respiratory Society has produced a clinical guideline for smoking cessation<sup>6</sup>.

There are several good signs that Spain is effectively rolling back smoking. First the prevalence of smoking is going down and in terms of the anti-smoking climate within the EU Spain seems to be ahead of its neighbours Portugal, France and Italy. Spanish smokers are compared with most other countries in EU wanting the government to take a stronger action<sup>7</sup>.

The impressive series of conferences that take place in Spain is another sign of a growing awareness of the smoking problem. Among the international, the 2<sup>nd</sup> Smokefree Europe conference in Canary Islands stands together with the 4<sup>th</sup> Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe conference to be arranged in 2002 as probably the most important ones. Another important national

---

[Prev Tab 2001; 3(Supl. 1): S18-S19]

meeting just this year is the Primer Congreso Nacional de Tabaquismo that has been held in Sevilla by the CNPT. More of 400 people have attended the Congress and a lot of scientific sessions were held there.

It seems clear that Spain is on the right track and it will most likely show up in further decline in prevalence of smoking and soon too and more important in decreased tobacco related mortality at least among men.

## REFERENCES

1. Jiménez-Ruiz CA, Kunze M, Fagerström KO. Nicotine replacement: a new approach to reducing tobacco related harm. *Eur Resp J* 1998 11:473-479.
2. Ayesta J, Jiménez-Ruiz CA La formación de especialistas en tabaquismo. *Prev Tab* 2000;2(3):203-204.
3. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Manuales SEPAR. Tabaquismo. Madrid: Editorial Aula Médica; 1995.
4. Romero Palacios PJ, Solano S, Jiménez-Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Hernández I, Lorza JJ, De Granda JJ, Sobradillo V, Luna JD. El tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. *Prev Tab* 2001; 2(3):151-165.
5. Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Documento Técnico de Salud Pública Nº60. Madrid; 2000.
6. Jiménez-Ruiz CA, Solano S, Gonzalez de Vega JM, Ruiz MJ, Florez S, Ramos A et al. Normativa SEPAR sobre tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 335:499-506
7. Fagerström KO Encuesta Europea. 2000.



---

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

**PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO** considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados directamente con el tabaquismo, en su aspecto clínico médico experimental. Fundamentalmente la revista consta de las siguientes secciones:

### Editorial

Comentario crítico que realiza un experto sobre un trabajo original que se publica en el mismo número de la revista o por encargo desde el Comité de Redacción, sobre un tema de actualidad. Extensión máxima de cuatro páginas DIN A4 en letra cuerpo 12 a doble espacio.

El contenido del artículo puede estar apoyado en un máximo de 7 citas bibliográficas.

### Originales

Trabajos preferentemente prospectivos, con una extensión máxima de 12 DIN-A4 a doble espacio y hasta 6 figuras y 6 tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis.

### Bibliografía comentada

El Comité de Redacción encargará la revisión crítica de uno o más artículos de reciente aparición. La extensión máxima de cada artículo no superará 2DIN A4, mecanografiados a doble espacio.

En primer lugar aparecerá el Título original del trabajo con los autores y la revista en que se publica, en segundo lugar vendrá un Resumen de los aspectos más relevantes del artículo original, que no tiene por qué coincidir con el abstract del original. En tercer lugar vendrá el Comentario personal del encargado de la revisión crítica, que puede estar apoyado en un máximo de 5 citas bibliográficas. En cuarto lugar vendrá el Autor del comentario, nombre, especialidad y Centro de Trabajo. Por último en quinto lugar, la Bibliografía en las que se apoya el comentario (máximo 5 citas).

### Cartas al Director

La revista tiene especial interés en estimular el comentario u objeciones relativas a artículos publicados recientemente en ella y en las observaciones o experiencias concretas que permitan resumirse en forma de carta. La exten-

sión máxima será de 2 DIN-A4 a doble espacio, un máximo de 6 citas bibliográficas y una figura o una tabla. El número de firmantes no podrá ser superior a tres.

### Otras secciones

Los comentarios editoriales, revisiones, temas de actualidad, números monográficos u otros, son encargos expresos del Comité de Redacción. Los autores que deseen colaborar espontáneamente en algunas de estas secciones deberán consultar con anterioridad con el mencionado Comité.

### ENVÍO DE MANUSCRITOS

Se escribirán en hojas DIN-A4 mecanografiadas a doble espacio (máximo 30 líneas de 70 pulsaciones), numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho. Los trabajos se remitirán por triplicado (copias en papel acompañadas del disquete que contenga el documento) indicando para la Revista *Prevención del Tabaquismo*, a la siguiente dirección: Ediciones Ergon, C/ Arboleda, 1, 28220 Majadahonda (Madrid). Deben ir acompañados de una carta de presentación en la que se solicite el examen de los mismos, indicando en qué sección deben incluirse, y haciendo constar expresamente que se trata de un trabajo original, no remitido simultáneamente a otra publicación. Así mismo se incluirá cesión del Copyright a la revista firmada por la totalidad de los autores.

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos que le sean remitidos y se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no considere adecuados para su publicación, así como de proponer las modificaciones de los mismos cuando lo considere necesario.

El primer autor recibirá las galeradas para su corrección, debiendo devolverlas al Director de la Revista a la dirección reseñada dentro de las 48 horas siguientes a la recepción.

### Estructura

Como norma se adoptará el esquema convencional de un trabajo científico. Cada parte comenzará con una nueva página en el siguiente orden:

1. En la primera página se indicará por el orden en que se citan: título del trabajo, nombre y apellidos de los auto-

res, centro y servicio(s) donde se ha realizado, nombre y dirección para correspondencia, y otras especificaciones consideradas necesarias.

2. En la segunda página constará: a) el resumen, de aproximadamente 200 palabras, con los puntos esenciales del trabajo, comprensibles sin necesidad de recurrir al artículo; y b) palabras clave en número de tres, de acuerdo con las incluidas en el Medical Subject Headings, del Index Medicus. El Comité Editorial recomienda la presentación estructurada del resumen, siguiendo el esquema siguiente: 1) objetivos; 2) pacientes y método; 3) resultados; y 4) conclusiones.

3. En la tercera página y siguientes constarán los diferentes apartados del trabajo científico: introducción, pacientes y métodos, resultados, discusión y conclusiones y bibliografía. La introducción será breve y proporcionará únicamente la explicación necesaria para la comprensión del texto que sigue. Los objetivos del estudio se expresarán de manera clara y específica. En él se describirá el diseño y el lugar donde se realizó el estudio. Además se detallará el procedimiento seguido, con los datos necesarios para permitir la reproducción por otros investigadores. Los métodos estadísticos utilizados se harán constar con detalle. En los resultados se expondrán las observaciones, sin interpretarlas, describiéndolas en el texto y complementándolas mediante tablas o figuras. La discusión recogerá la opinión de los autores sobre sus observaciones y el significado de las mismas, las situará en el contexto de conocimientos relacionados y debatirá las similitudes o diferencias con los hallazgos de otros autores. El texto terminará con una breve descripción de las conclusiones del trabajo.

### **Agradecimiento**

Si se considera oportuno se citará a las personas o entidades que hayan colaborado en el trabajo. Este apartado se ubicará al final de la discusión del artículo.

### **Tablas y figuras**

Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla con números romanos y de las figuras con números arábigos; b) enunciado o título correspondiente; c) una sola tabla por cada hoja de papel. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

Las figuras se presentarán también en hoja aparte, numeradas por orden correlativo de su aparición, que se señalará en el texto. Se procurará utilizar papel fotográfico en blanco y negro, de buena calidad para permitir una correcta reproducción y con un tamaño de 9 x 12 cm o un múltiplo. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando el nombre del primer autor y el título del trabajo, además de una señal para mostrar la orientación de la figura. Las ilustraciones se presentarán por triplicado y los pies de las mismas se presentarán en hoja aparte. Los gráficos realizados por ordenador deberán también fotografiarse para facilitar su reproducción.

### **Bibliografía**

La bibliografía deberá contener únicamente las citas más pertinentes, presentadas por orden de aparición en el texto y numeradas consecutivamente. Cuando se mencionan autores en el texto se incluirán los nombres si son uno o dos. Cuando sean más, se citará tan sólo al primero, seguido de la expresión *et al.* y en ambos casos, el número de la cita correspondiente. Los originales aceptados, pero aún no publicados pueden incluirse entre las citas, con el nombre de la revista, seguido por "en prensa", entre paréntesis. Las citas bibliográficas deberán estar correctamente redactadas y se comprobarán siempre con su publicación original. Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado en el *Index Medicus* y para la confección detallada de las citas se seguirán estrictamente las normas de Vancouver, publicadas en nuestro país por *Medicina Clínica* (Med Clin (Barc) 1997; 109: 756-763).

### **NOTAS FINALES**

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista, que serán valorados por revisores anónimos y por el mismo Comité de Redacción, que informará acerca de su aceptación. Es necesario adjuntar las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado, en especial en las secciones por encargo. Se recomienda utilizar sobres que protejan adecuadamente el material y citar el número de referencia de cada trabajo en la correspondencia con la Editorial.

El autor recibirá las pruebas de imprenta del trabajo para su corrección antes de la publicación, debiendo devolverlas a la Editorial en el plazo de 48 horas.