

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

# Abordaje del **Tabaquismo** en Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Coordinación y supervisión  
Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.  
FISCAM. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha.  
Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Edita  
FISCAM. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha

Depósito Legal: AB-502-2008

Diseño, maquetación e impresión: AGSM

# ÍNDICE

---

- 5**      **PRESENTACIÓN**
- 7**      **AVANCES Y RETOS EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA**  
*María Ángeles Planchuelo Santos.*
- 17**     **ACTIVIDAD INSPECTORA DE CONSUMO EN EL ÁMBITO DE LA LUCHA ANTITABÁQUICA**  
*Esteban Escobar Domínguez.*
- 25**     **CONSUMO DE TABACO EN EL ÁMBITO LABORAL EN CASTILLA-LA MANCHA**  
*Carlos Alonso Sanz.*
- 39**     **VALORACIÓN Y VIVENCIAS RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA LEY DEL TABACO EN CASTILLA-LA MANCHA**  
*Carmen de Pedro Martín.*  
*Ignacio Megías Quirós.*
- 49**     **POLÍTICAS DEL CONTROL DEL TABAQUISMO EN LA UNIÓN EUROPEA**  
*Javier Toledo Pallarés.*
- 67**     **EL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL TABAQUISMO**  
*Mercedes Esparcia Moreno.*
- 73**     **EL ABORDAJE MÉDICO DEL TABAQUISMO**  
*Cristina de Castro Mesa.*
- 83**     **ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO**  
*José Ignacio de Granda Orive.*
- 97**     **CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DEL FUMADOR**  
*Ángela Ramos Pinedo.*
- 117**    **BASES NEUROFISIOLÓGICAS Y ADICCIÓN AL TABAQUISMO**  
*Juan Antonio Riesca Miranda.*
- 125**    **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO. INDIVIDUALIZACIÓN DE LAS TERAPIAS**  
*Carlos A. Jiménez Ruíz.*
-

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

# 2

## Presentación

---

El tabaquismo representa la primera causa evitable de muerte y enfermedad en nuestras sociedades y es uno de los principales problemas de Salud Pública. Es el responsable de más de cuatro millones de fallecimientos por año y más de un millón de muertes en Europa. En conjunto y en nuestro país representa el 16% de todas las muertes ocurridas en la población mayor de treinta y cinco años, y su consumo seguirá aumentando durante este siglo.

Pero también crece la conciencia social sobre sus perjuicios y sobre los beneficios de su abandono, la población de no fumadores demanda su derecho a estar en ambientes libres de humos. Y las administraciones y organizaciones sanitarias coordinan sus esfuerzos de manera adecuada a la hora de dar una respuesta a este fenómeno.

En el compromiso con el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, con las estrategias de la Unión Europea y del Ministerio de Sanidad, estas Jornadas quieren avanzar y aportar soluciones desde tres áreas fundamentales: las estrategias, las normativas y las terapéuticas en el abordaje del tabaquismo.

Es nuestra responsabilidad seguir buscando nuevas alternativas para reducir el consumo de tabaco y esperamos que el conjunto de artículos contenidos en este ejemplar sean del máximo interés y sirvan para reflexionar y seguir mejorando las acciones emprendidas en el abordaje del tabaquismo.

Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

# AVANCES Y RETOS DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE TABAQUISMO EN ESPAÑA

Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Planchuelo

*Presidenta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo*

La comunidad científica está de acuerdo en que el tabaquismo es la primera causa de enfermedad y muerte prematura en el mundo industrializado, y las autoridades sanitarias y gobiernos, cada día tienen más datos y evidencias que les permiten poner en práctica medidas que impidan que esto suceda.

Sin embargo, no es difícil darse cuenta que, a la hora de implementar las medidas que se han demostrado eficaces científicamente a la hora de disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la sociedad, tanto facilitando su abandono como la no iniciación en su consumo, nos encontramos con numerosas y variadas dificultades, que hacen que los avances que se producen, vayan a una menor velocidad que la pretendida por la comunidad científica.

El consumo de tabaco no ha constituido ningún problema hasta que su uso se ha generalizado en la población. En sus inicios en el continente europeo, el tabaco tuvo defensores y detractores. Fue considerado por algunos estudiosos de la época como un remedio para males como las cefaleas, las alteraciones intestinales, la

ceguera, las heridas, los dolores de muelas e incluso el asma. Pero también fue rechazado por su connotación "demoníaca" por gobernantes y papas, que castigaron duramente a los fumadores.

Uno de los factores que más ha influido a la hora de incrementar el consumo de tabaco en la población, fue la invención de la máquina de hacer cigarrillos. En 1880, J. Bonsack obtuvo la patente para una máquina automática para enrollar cigarrillos. El 30 de abril de 1884 se conoce como el día del "nacimiento" de los cigarrillos modernos ya que la máquina Bonsack (como así se llamó a la máquina de hacer cigarrillos), funcionó exitosamente durante todo un día, fabricando 120.000 cigarrillos, el equivalente a lo que hubieran producido 40 trabajadores enrollando cinco cigarrillos por minuto durante 10 horas.

Aunque fue a finales del siglo XIX cuando empezó a sospecharse que podía existir algún tipo de relación entre el consumo de tabaco y diversas enfermedades, hubo que esperar hasta mediados del Siglo XX para demostrar esta relación. Así, en 1.952, Doll y Hill pusieron de manifiesto la relación entre el consumo de tabaco y

el cáncer de pulmón y, en 1.956, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró el tabaquismo como la primera causa prevenible de enfermedad y muerte prematura.

Esta situación que parecería enmarcar el problema del tabaquismo en un plano de responsabilidades y libertades personales e individuales (la libertad de fumar o no, la responsabilidad de enfermar o no), se ve truncada cuando aparecen los primeros datos sobre el daño a terceros que produce el consumo de tabaco, ya que hace cambiar el concepto personalista de que el tabaco hace daño a quien lo consume, por un concepto mucho más amplio socialmente hablando, de dolo comunitario, al demostrarse la existencia del fumador pasivo o involuntario.

El derecho a la salud por parte de la población y la responsabilidad de los gobiernos en procurar esta salud a la ciudadanía, hace que tengan que ponerse en marcha los mecanismos necesarios para promover y proteger la salud y prevenir enfermedades relacionadas con el uso del tabaco.

Sin duda, en España lo que ha marcado un antes y un después en el control del tabaquismo, ha sido la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, promulgada en un momento en el que se estaban produciendo importantes movimientos y cambios a nivel europeo y mundial.

Una de las preguntas que surgieron entorno al desarrollo de la ley 28/2005 (y que se sospecha impulsada por la propia industria tabaquera, ante las consecuencias que esta tendría en el consumo de tabaco), fue si existía o no necesidad de que

en nuestro país se pusiera en marcha una legislación de estas características.

Para el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), así como para otras muchas instituciones relacionadas con la salud de la población, la respuesta no tenía ninguna duda: **era necesaria y además se daban las circunstancias idóneas para hacerlo en ese momento.**

Así, desde el punto de vista legislativo, numerosos países de nuestro entorno estaban cambiando su legislación en cuanto a la regulación de los espacios donde se podía consumir tabaco: República de Irlanda (Marzo, 2004), Noruega (Junio 2004), Malta (Septiembre, 2004). Italia (Enero, 2005) o Suecia (Junio de 2005).

Por otro lado, y tras años de esfuerzos, en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, los 192 Estados Miembros de la OMS adoptaron por unanimidad el primer tratado mundial de salud pública: el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco<sup>1</sup> (CMCT), constituyéndose en el primer instrumento jurídico diseñado para reducir las defunciones y enfermedades relacionadas con un factor de riesgo (el tabaco), en todo el mundo. El 21 de mayo de 2003 fue un día histórico para la Salud Pública mundial.

El CMCT es un tratado basado en pruebas científicas que reafirman el derecho de las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr (en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones

<sup>1</sup> World Health Organization. WHO Framework Convention On Tobacco Control. Geneva: WHO, 2003, updated reprint 2004, 2005. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>

Unidas el 16 de diciembre de 1966, se declara que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental), para lo que propone políticas que contemplen el incremento de los impuestos, la información sobre los riesgos del consumo de tabaco a los consumidores, los espacios públicos libres de humo de tabaco, la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco y la financiación de los tratamientos de la dependencia del tabaco. El CMCT fue ratificado por España el 11 de Enero de 2005, lo que implica su obligado cumplimiento.

Paralelamente a esta movilización internacional, se producían movimientos internos en nuestro país, que estaban originando pequeños avances y cambios en la percepción de legisladores y sociedad respecto al problema del tabaquismo. Este es el caso del Real Decreto 1293/1999, de 23 de julio, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población; la Ley 22/1999,

de 7 de junio, de modificación de la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al Ordenamiento Jurídico Español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva; el Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco, y destacando sobre todos los demás por su potencial trascendencia en la evolución del problema del tabaquismo en España, la aprobación en Enero de 2003, del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo (PNPCT), que contemplaba tres grandes objetivos: disminuir la prevalencia tabáquica, proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco, y potenciar la coordinación y participación.

### OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PNPCT (2003)

#### Disminuir la prevalencia tabáquica

Prevenir la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras.

Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico

Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica

#### Proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco (AHT)

Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco.

Potenciar los espacios sin humo

Fomentar la norma social de no fumar

#### Potenciar la coordinación y la participación

Coordinación institucional

Coordinación intersectorial

Coordinación internacional

Participación social

Por primera vez, en el PNPCT se recogían orientaciones y estrategias internacionales (OMS, Unión Europea), y el problema del tabaquismo se enfocaba de una manera global, promoviendo la colaboración intersectorial.

Por otra parte, la situación de España respecto al consumo de tabaco y sus consecuencias, exigía un respuesta por parte de las autoridades dirigida a promocionar y proteger la salud de la población fumadora y no fumadora, poniendo en marcha

todas aquellas medidas que se han reconocido eficaces en esta materia.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud en 2003, fumaba el 31% de la población de 16 años y más (37,6% de hombres y el 24,7% de las mujeres), lo que nos colocaba en los primeros puestos de la Unión Europea. Además, el 37,4% de los escolares de 14 a 18 años eran consumidores de tabaco, con el agravante de comenzar su adicción a la temprana edad de 13,2 años de media.

	EDAD DE INICIO AL CONSUMO (AÑOS)	PREVALENCIA DE CONSUMO (%)
1.994	13,9	31,1
1.996	13,3	32,5
1.998	13,2	31,9
2.000	13,1	32,1
2.002	13,1	39,4
2.004	13,2	37,4

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Escolar 1994-2004

Otro escenario a tener en cuenta era la necesidad de proteger a los no fumadores del aire contaminado por humo de tabaco. Quizá, el hallazgo de que el humo de tabaco es perjudicial para todas las personas que lo respiran (fumadores directamente y no fumadores indirectamente), y por tanto las evidencias irrefutables de que el fumador involuntario existe y padece las repercusiones que lleva consigo el respirar aire contaminado por el humo del tabaco, se haya convertido en una de las piedras angulares de la Ley 28/2005, y en una de las medidas más temidas por la industria tabaquera.

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, en el informe Tabaco o Sa-

lud en la Unión Europea<sup>2</sup>, España ocupaba uno de los últimos puestos junto a Alemania y Dinamarca, dentro de la Europa de los 25 en cuanto a medidas de protección del aire contaminado por humo de tabaco de la ciudadanía, y los datos de mortalidad por tabaquismo pasivo apuntaban a más de 6.000 defun-

<sup>2</sup> European Commission. Tobacco or Health in the European Union. Past, present and future. Brussels: The ASPECT Consortium and European Commission Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2004. Disponible en: [www.ensp.org](http://www.ensp.org)

PATOLOGÍAS	EXPOSICIÓN EN EL HOGAR	EXPOSICIÓN EN EL TRABAJO	TOTAL
CÁNCER DE PULMÓN	957	320	1.277
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	1.840	242	2.082
ICTUS	2.103	225	2.328
EPOC	564	54	618
<b>TOTAL</b>	<b>5.463</b>	<b>841</b>	<b>6305</b>

Fuente: "Lifting the Smokescreen: 10 Reasons for a Smoke Free Europe," 2006

ciones anuales por esta causa<sup>3</sup>, teniendo en cuenta patologías como el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica, el ictus y la EPOC.

Diversos organismos internacionales marcaban las pautas por las que regirse a la hora de controlar la epidemia tabáquica. Ya la OMS y el Banco Mundial en su informe del año 2.000<sup>4</sup> daban a conocer como medidas de eficacia probada el incremento de los impuestos sobre los cigarrillos, garantizar que todos los espacios públicos y laborales sean libres de humo de tabaco, prohibir todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco, informar a la población de los riesgos del tabaquismo activo y pasivo, y proporcionar el acceso universal a los tratamientos de demostrada eficacia del tabaquismo. El CMCT en 2003, vuelve a recoger estos puntos como las medidas a poner en marcha

y en 2.004 la Comisión Europea también incluye estas intervenciones como las más coste efectivas para controlar la epidemia tabáquica.

A favor de sacar adelante una ley como la 28/2005, también jugaba la respuesta de la población y los resultados obtenidos ante la aplicación de leyes similares en países de nuestro entorno. Ningún país había experimentado un impacto negativo tras la entrada en vigor de leyes que prohíben el uso de tabaco en lugares públicos, incluidos los de ocio y restauración. En Irlanda, el 96% de la población manifestaba que la ley había sido un acierto, y en Italia, más del 90% de la población apoyaba la implantación de la ley. Además, en estos países estaba disminuyendo la prevalencia global y mejorando los indicadores de morbilidad y mortalidad.

En España tras la entrada en vigor de la Ley 28/2005 aparecieron datos similares. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), el 79% de la población apoyó que los centros de trabajo se transformaran en espacios sin humo 100%. Por su parte, el CNPT también aportó datos interesantes que ratificaron la idoneidad de la ley, mediante la realización de la "Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al

<sup>3</sup> SmokeFree Partnership, "Lifting the Smokescreen: 10 Reasons for a Smoke Free Europe," Febrero 2006, Disponible en: [http://www.nofumadores.org/documentos/10\\_reasons\\_for\\_a\\_smoke\\_free\\_Europe.pdf](http://www.nofumadores.org/documentos/10_reasons_for_a_smoke_free_Europe.pdf)

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud y Banco Mundial. La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2000. Disponible en: [www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf)

consumo de tabaco<sup>5</sup>, que vio la luz en Diciembre del 2006, y que aportó datos sobre el consumo de tabaco (conductas y actitudes), percepción del riesgo del tabaco y la ley del tabaco y su cumplimiento. Sobre el grado de cumplimiento de la ley en los centros de trabajo, 7 de cada 10 personas manifestaron que la ley era un acierto, y 7 de cada 8 personas que el clima laboral había mejorado.

Estas cifras a favor de regular el consumo de tabaco y proteger a la población del aire contaminado por humo de tabaco no fueron la primera vez que aparecieron en nuestro país. Ya en 1.988, cuando se promulgó el Real Decreto 192/88, donde se regulaba el consumo de tabaco en centros sanitarios y docentes, y en los lugares de trabajo en los que hubiera mujeres embarazadas, el 73% de la población española apoyaba una regulación sobre el consumo de tabaco en los lugares públicos, según datos de la encuesta realizada por Philip Morris en aquellos momentos. Sin embargo, pese a esta buenísima respuesta de la población, el RD 182/88 podríamos decir que pasó sin pena ni gloria, a lo que sin duda ayudó el plan de aceptabilidad social del tabaco<sup>6</sup>, que Philip Morris, a raíz de los resultados obtenidos estableció para nuestro país.

En todo este proceso, el papel de las sociedades científicas también ha tenido su relevancia. La reacción de los profesionales de la salud frente al inmovilismo que en materia de prevención y control de tabaquismo se estaba viviendo en nuestro país, tuvo lugar en la 9ª Conferencia Internacional sobre el Tabaco y la Salud (París, Octubre 1.994), donde durante una reunión

informal los participantes españoles constataron la débil presencia española en el evento, así como los escasos progresos conseguidos desde la anterior Conferencia de 1992 en Buenos Aires, proponiéndose la creación de una plataforma de coordinación. En una reunión posterior en Toledo (Marzo, 1995), se concretan los principios sobre los que se fundará, y en 1996 se constituye formalmente y se registra al amparo de la ley de asociaciones.

El CNPT se constituye básicamente como una alianza o coalición de organizaciones ya existentes, que realizan actividades de prevención y/o tratamiento del tabaquismo desde las distintas disciplinas de la salud (medicina, enfermería, psicología, etc.). En esta fase constitucional inicial, además de estas organizaciones de ámbito nacional, participan como miembros fundadores a título personal cinco profesionales de los campos de la medicina y la psicología, dos de ellos son expertos galardonados (en 1988 y 1990, respectivamente), con la medalla de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su destacado trabajo en el avance de la prevención y el control del tabaquismo en España.

Entre las líneas directrices que se marcó el CNPT destacaron:

- **Introducir el tabaco en la agenda política y definir de forma integral las acciones de prevención prioritarias en España**, objetivo que se materializó inicialmente con la elaboración del "Libro Blanco sobre el tabaquismo en España", donde se compiló toda la información dispersa existente hasta entonces y se formuló una batería de propuestas para la prevención.
- Promocionar coherentemente el movimiento de prevención del tabaquismo

<sup>5</sup> Disponible en [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/C26082INFORMEDERESULTADOS\\_29\\_12\\_06.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/C26082INFORMEDERESULTADOS_29_12_06.pdf)

<sup>6</sup> Social Acceptability Program. Doc: 2500120653/0669. Disponible en: [www.pmdocs.com/](http://www.pmdocs.com/)

en los **medios de comunicación**, proporcionando para ello un abanico estable de personas cualificadas como portavoces del movimiento de prevención con criterio sobre las políticas relevantes.

- **Interaccionar constantemente con los poderes públicos**, especialmente el Ministerio de Sanidad y Consumo y los eurodiputados españoles en el Parlamento Europeo.

La labor del CNPT ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el **“Premio a la mejor labor de prevención del tabaquismo en Europa”** en 2003, y con la **“Medalla de la Orden Civil de Sanidad de España”** en 2005.

*Hoy día, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) es la organización que agrupa al movimiento de prevención del tabaquismo en España.*

Podemos decir que los avances que en los últimos tiempos se han producido en España, en la prevención y tratamiento del tabaquismo han sido muy interesantes, aunque no todo lo positivos a los que tenemos que aspirar y debemos conseguir.

Desde la entrada en vigor de la popularmente denominada **“Ley del Tabaco”**, es indudable que se ha producido un avance significativo. En términos de población fumadora se ha producido un descenso. Los hombres han continuado la línea descendente ya establecida hace unos años y en las mujeres se ha producido una inversión del ascenso que se estaba produciendo en los últimos años. Así, los datos del estudio **“Tabaquismo y nueva normativa anti-tabaco 2006”**, publicado por el

CIS<sup>7</sup>, indicaban que el 24% de la población era fumadora, mientras que el mismo estudio<sup>8</sup> un año antes, ofrecía el dato del 26%. La encuesta realizada por el CNPT sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco, corroboró esta información con una cifra del 24%.

Más tarde y pudiendo comparar datos de la Encuesta Nacional de Salud 2003 (previa a la entrada en vigor de la Ley) y de la del 2006 (posterior a la entrada en vigor de la Ley), el descenso producido fue casi de un 5%, pasando del 31% al 26.4%.

Las cifras de consumidores de tabaco también han disminuido entre los más jóvenes (escolares de 14 a 18 años), de manera que según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) y comparando los resultados pre y post ley (2004<sup>9</sup> y 2006<sup>10</sup>), el consumo diario se ha reducido en más de 6 puntos y el consumo experimental en 14 puntos, pasando del 21,5 al 14,8 y del 60,4 al 46,1% respectivamente, convirtiéndose en el descenso más pronunciado de los últimos años.

El consumo de tabaco también ha sufrido un descenso tras la entrada en vigor de la ley, y los datos del Comisionado para el Mercado de Tabacos<sup>11</sup>, dependiente del

<sup>7</sup> Disponible en: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=6097](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=6097)

<sup>8</sup> Disponible en: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=5058](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=5058)

<sup>9</sup> Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>

<sup>10</sup> Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006.pdf>

<sup>11</sup> Disponible en: <http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/paginas/ES/mercadoEstadisticas.html>

Ministerio de Economía y Hacienda así lo reflejan. En el año 2006, primer año de entrada en vigor de la Ley, se vendieron 131 millones menos de cajetillas de cigarrillos que en 2005, rompiendo así la tendencia de ascenso que se venía produciendo en los últimos años. Durante 2007, el descenso producido en la venta de cajetillas de cigarrillos fue de 50 millones, lo que supone un 38% menos que el año anterior.

En total durante los dos años siguientes a la promulgación de la ley 28/2005,

el descenso producido en las ventas de cigarrillos ha sido de un 4%, dato importante si tenemos en cuenta, que durante los años previos, la secuencia producida había sido de ascenso paulatino. Pero además, si se tienen en cuenta las ventas de cigarrillos no dirigidas al consumo interno que se producen en nuestro país, por parte de turistas y visitantes, podemos estimar que el consumo global en España ha caído en un 10% en 2006-2007, comparado con las cifras de 2.005.

AÑO	CAJETILLAS 20 UNIDADES
2000	4.376.085.000
2001	4.496.065.000
2002	4.530.781.000
2003	4.616.664.000
2004	4.663.050.000
2005	4.634.976.821
2006	4.504.878.904
2007	4.455.138.251

Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Economía y Hacienda

Indudablemente, uno de los objetivos pretendidos con la Ley 28/2005 era disminuir el número de enfermedades y muertes relacionadas con el consumo de tabaco activo y pasivo. Los datos existentes en los países donde se habían puesto en marcha leyes en las que se contempla la regulación de los espacios sin humo, demostraban y demuestran que la prohibición de fumar en los lugares públicos redundaba en una mejora en la salud de la población. Así,

en Italia<sup>12</sup>, tras los primeros cinco meses de implantación de su ley, el número de infartos de miocardio descendió en un 11% respecto al mismo periodo del año anterior en el que no estaba vigente la ley. En España, concretamente en la región sanitaria de Barcelona, en 2006, se registraron un 11.4% menos de in-

<sup>12</sup> Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2006;7:2468-72

gresos por infarto agudo de miocardio que en 2005.

Sin embargo, pese a todos los adelantos producidos en el control del tabaquismo en nuestro país, aún hay que seguir avanzando, para lo que se hace necesario habilitar nuevas medidas y reconducir algunas de las ya existentes, para así conseguir el objetivo deseado.

Desde esta perspectiva, el CNPT sumándose a las directrices de organizaciones tan importantes como la OMS, pone de manifiesto la necesidad de poner en marcha una serie de actuaciones a corto, medio y largo plazo, entre las que destacan:

- Informar y sensibilizar sobre las bases que en términos de salud pública justifican la Ley 28/2005, así como los derechos y deberes que contempla.
- Realizar un seguimiento efectivo sobre la aplicación de la Ley, para evitar "extender la idea de que si no se cumple la Ley no sucede nada", como hasta ahora está sucediendo.
- Promover una mejora significativa de la política fiscal, como medida más eficaz a la hora de disminuir/evitar el inicio al consumo del tabaco entre los más jóvenes. Hay que tener en cuenta que el precio real del tabaco en valor constante en los años 2006-2007 es similar al de 1997<sup>13</sup>.
- Perseguir la venta, publicidad y promoción ilegal de los productos del tabaco.
- Promover un avance significativo del posicionamiento de las administracio-

nes en relación a la deshabituación tabáquica, facilitando la asistencia dentro del Sistema Nacional de Salud a todos los fumadores que deseen dejar de fumar.

***Desde el CNPT se proponen tres puntos básicos para conseguir este avance: Impulsar un proceso de consenso, definir criterios de financiación y desarrollar un plan de formación para los profesionales de la salud.***

---

- Ampliar la protección frente al aire contaminado por el humo del tabaco a todos los sectores laborales del país, evitando así la discriminación de algunos sectores, como la hostelería, con respecto al resto de trabajadores, ya que esta falta de protección frente al aire contaminado por el humo del tabaco, en términos de salud repercute en una disminución del riesgo de padecer diversas patologías.
- Asegurar una información veraz a las personas que consumen tabaco, tanto sobre los contenidos del mismo como sobre información y apoyo para dejar de fumar.

Como se puede observar aun queda un largo camino por recorrer y solo desde un planteamiento integral e integrador de todas las medidas demostradas como eficaces en la prevención y control del tabaquismo, se podrá alcanzar el objetivo deseado.

---

<sup>13</sup> Disponible en: <http://www.cnpt.es/informacion.htm>

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

## ACTIVIDAD INSPECTORA DE CONSUMO EN EL ÁMBITO DE LA LUCHA ANTITABÁQUICA

Esteban Escobar

*Jefe de Servicio de Inspección y Ordenación de Consumo. Instituto de Consumo de Castilla-La Mancha*

### NORMATIVA DE APLICACIÓN

**Ley 28/2005**, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

**Real Decreto Ley 2/2006**, de 10 de febrero por el que se modifican los tipos impositivos del Impuesto sobre las Labores de tabaco, se establece un margen transitorio complementario para los expendedores de tabaco y timbre y se modifica la ley 28/2005 de 26, de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

**Real Decreto Ley 1/2007 de 12, de enero**, por el que se deroga la disposición transitoria quinta de la ley 28/2005 de 26, de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

**Resolución de 20, de septiembre de 2006**, de la presidencia del comisionado para el mercado de tabacos, por el que

se autorizan los mecanismos técnicos adecuados para garantizar que las máquinas expendedoras de tabaco en el mercado impidan el acceso a menores, tal como establece el artículo 4 de la ley 28/2005 de 26 de diciembre.

### TIPOS DE ACTUACIÓN

En la actividad inspectora de consumo, en general, atendiendo al motivo de la misma se diferencia siempre entre las actuaciones programadas y las no programadas. Entre las primeras encontramos aquellas que responden a una actividad planificada siguiendo determinados criterios de agrupamiento, ya sea atendiendo a una normativa común, o al sector/producto sobre el que se realizará la inspección.

En el caso de la actividad de control del cumplimiento de la ley 28/2005, se han realizado controles en los siguientes programas/campañas.

- Actuaciones programadas:
  - En Campaña de Hostelería.
  - En Programa de Comercio Minorista.
  - En Programa de Estaciones de Servicio.

- En Campaña de Centros de Bronceado.
- Actuaciones no programadas:
  - Por denuncias.
- Conseguir que el 100% de las máquinas estén a la vista de los responsables de los locales.

## OBJETIVOS DE LA CAMPAÑA

- Conseguir que se informe en todos los establecimientos de hostelería de si se puede o no fumar.
- Conseguir que los establecimientos de más de 100 m<sup>2</sup> informen de la prohibición de fumar y de los espacios para fumadores.
- Conseguir que en los centros comerciales se informe de la prohibición de fumar.
- Conseguir que el 100% de las máquinas tengan dispositivo de seguridad para menores.
- Conseguir que el 100% de las máquinas estén a la vista de los responsables de los locales.
- Conseguir que se informe en todos los establecimientos de hostelería de si se puede o no fumar.
- Conseguir que los establecimientos de más de 100 m<sup>2</sup> informen de la prohibición de fumar y de los espacios para fumadores.
- Conseguir que en los centros comerciales se informe de la prohibición de fumar.
- Conseguir que el 100% de las máquinas tengan dispositivo de seguridad para menores.

## TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS

En las campañas que se han detallado en el apartado de tipos de actuación, se han visitado los siguientes establecimientos:

- Establecimientos de hostelería:
  - BARES.
  - RESTAURANTES.
  - HOTELES.
- Establecimientos de comercio minorista:
  - Grandes y medianas superficies.
  - Supermercados.
- Estaciones de servicio.
- Centros de bronceado

En el caso de los establecimientos hosteleros, la ley 28/2005 establece una clara diferenciación entre aquellos cuya superficie destinada a clientes sea menor a 100 m<sup>2</sup> y aquellos que la sobrepasan.

El concepto "superficie útil destinada a clientes" es en sí mismo un concepto jurídico indeterminado por lo que se ha tratado de acotar mediante un acuerdo de las autoridades que han intervenido en el control del cumplimiento de la ley 28/2005.

Se ha acordado por tanto que "superficie útil destinada a clientes" será todo aquel espacio del local o establecimiento destinado a ofrecer los servicios del mismo, que sea accesible a los clientes o visitantes:

- Zonas de consumición.
- La barra.
- Los baños.

- Los pasillos o las escaleras.
- Otras zonas destinadas a clientes.
- No cuentan:
  - Oficinas.
  - Zonas prohibitivas del propietario.
  - Almacenes
- Posee cartel de prohibición de tabaco a menores de 18 años.
- Presencia de dispositivo que impida el acceso de menores a la máquina.
- Advertencia sanitaria en la superficie frontal de la máquina .
- Control de publicidad de tabaco en la máquina.
- Ubicación de la máquina: en el interior del local y a la vista de titular o sus trabajadores.

### CONTROLES EN ESTABLECIMIENTOS HOSTELEROS: BARES, CAFETERÍAS Y RESTAURANTES

Se llaman controles a aquellos puntos o cuestiones sobre los que los inspectores deben de centrar su atención preferente.

- En bares, cafetería y restaurantes con una superficie < 100m<sup>2</sup>
  - Control de cartel anunciador de permisión o prohibición.
- En bares, cafetería y restaurantes con una superficie > 100m<sup>2</sup>:
  - Cartel de prohibido fumar.
  - Indicación de zonas de fumadores.
  - Aislamiento físico de la zona de fumadores.
  - Comprobación de dispositivos de eliminación de humos o extractor de aire.
  - Comprobación de que las zonas de fumadores no están en zonas de paso.
  - Comprobación de prohibición de entrada a menores en zonas de fumadores.
- En máquinas expendedoras.
  - Si cumplen con la prohibición de estar instaladas en establecimientos donde exista prohibición de fumar.
- En la venta manual de tabaco (*sólo en establecimientos con más de 100 m<sup>2</sup> que permitan fumar o con zona de fumadores*)
  - Se cumple con la prohibición de venta de productos del tabaco distintos de cigarros y cigarrillos con cobertura natural. (*comprobación de que no se venden cigarrillos*).
  - Existe cartel de prohibición de venta de tabaco a menores de 18 años y que advierte de los peligros de uso y consumo del tabaco.
- En Estaciones de Servicio.
  - Existen advertencias de prohibición de fumar junto a los surtidores.
  - En caso que haya bar:
- Prohibición total de fumar y de vender tabaco. (independientemente de por donde tenga la entrada)
- Únicamente se permitirá fumar si el bar no forma parte de la estación de servicio propiamente dicha
- En comercio minorista.
  - En centros comerciales: prohibición total de fumar.

### CRITERIOS SANCIONADORES

Estos criterios han sido extraídos de la literalidad de la ley.

CALIFICACIÓN	INFRACCIÓN	SANCIÓN	RESPONSABLE
LEVES	Fumar en lugares en los que exista prohibición o fuera de zonas habilitadas (si no reincidente).	Hasta 30 €	Autor de la infracción
	En locales donde haya venta, no disponer de carteles de prohibición de venta a menores de 18 aa.	30-600€	Titular establecimiento
	No disponer la máquina expendedora de advertencia sanitaria.		Fab., imp., distr.,expl. de la máquina.
	No informar de la prohibición o no de fumar a la entrada del establecimiento, así como de zonas habilitadas.		Titular establecimiento.
	No señalar debidamente las zonas habilitadas para fumar.		Titular establecimiento.
	Venta o comercialización de productos del tabaco por personas menores.		Titular establecimiento.
GRAVES	Permitir fumar en centros o lugares en los que exista prohibición de fumar o fuera de zonas habilitadas	601-10.000 €	Titular establecimiento.
	Habilitar zonas para fumadores en establecimientos donde no esté permitida. No separar adecuadamente las zonas de fumadores/no fumadores.		Titular establecimiento.
	Comercialización, venta o suministro de cigarrillos a granel.		Autor.
	Comercialización, venta o suministro de cigarrillos en envases inferiores a 20 uu.		Autor.
	Instalación de máquinas en lugares prohibidos.		Explotador máquina.
	Suministro o dispensación de productos distintos a tabaco en máquinas expendedoras.		Explotador
	Venta a distancia de tabaco.		Autor
	Venta de tabaco con descuento.		Autor
	Venta o entrega a menores de 18 aa de tabaco, pp que imiten pp de tabaco, pp que induzcan a fumar, dulces, refrigerios, juguetes, objetos que recuerden a tabaco y puedan resultar atractivos para menores.		Autor

CALIFICACIÓN	INFRACCIÓN	SANCIÓN	RESPONSABLE
GRAVES	Permitir a menores usar las máquinas expendedoras.	601-10.000 €	Titular del centro.
	Falta de mecanismo antimenores en las máquinas expendedoras		Fab., imp., distr.,expl. de la máquina.
	Distribución gratuita o promocional de pp. De tabaco, bienes o servicios a menores de 18 aa.		Autor.
	Comercialización de bienes o servicios con nombres, marcas, símbolos o aspecto de producto de tabaco en condiciones distintas de las permitidas en artículo 10 y en la disposición transitoria 2ª		Autor.
	Venta, cesión o suministro de productos de tabaco incumpliendo prohibiciones o limitaciones de la ley.		Autor.
MUY GRAVES	La publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco en todo medio, incluido los servicios de la sociedad de la información.	10.001-600.000 €	Autor.

## RESULTADOS CAMPAÑAS 2006/7

### Incumplimientos:

	2006	2007
<b>Establecimientos</b>		
Establecimientos visitados que presentan cartel de prohibido o permitido fumar:	97.4%	84.7%
Si establecimiento > 100m: % establecimientos que tienen el cartel de prohibido fumar.	95.3%	63.4%
Establecimientos > 100m con zonas de fumadores	97.4%	91.8%
Establecimientos con zonas de fumadores en zonas de paso	1.9%	30%
<b>Máquinas</b>		
Máquinas con cartel de prohibición de venta de tabaco a menores de 18 años.	94.1%	92.2%
Máquinas con dispositivo anti-menores.	78.9%	75.5%
Máquinas con advertencia sanitaria.	89.5%	89.5%
Máquinas que no se encuentran en el interior a la vista de los responsables del establecimiento.	1.2%	2.6%
<b>Venta</b>		
Establecimientos que no cumplen con la prohibición de venta de cigarrillos.	5%	2.1%
Establecimientos que no tienen el cartel de prohibición de venta de tabaco a menores de 18 años.	1.8%	9.3%

Fuente: Siglo

**Actuaciones inspectoras:**

	TOTAL CLM	
	2006	2007
Hostelería/restaurantes	1299	294
Transportes	1	0
Estaciones de servicio	1	1
Comercio minorista	63	3
Actividades culturales	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>1366</b>	<b>298</b>

Fuente: SIGLO

**Decisiones tomadas con las actas levantadas en las campañas**

	TOTAL	
	2006	2007
Advertencia Escrita	280	58
Archivo	996	215
Comunicación	62	3
Expediente Sancionador	26	18
Nueva visita de inspección	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>1366</b>	<b>298</b>

Fuente: SIGLO

**DENUNCIAS**

- Nº de denuncias presentadas: 270  
 Por establecimientos:
  - Bares de mas de 100 m: 79
  - Bares de mas de 100 m: 23
  - Establecimientos alimentarios: 19
  - Centros comerciales: 15
  - Hoteles: 11
  - Transporte: 11
  - Estaciones de servicio: 9
  - Dependencias administrativas: 5
  - Centros de trabajo: 3
  - Zonas de atención al público: 1
  - Otros: 94

- Nº de denuncias presentadas: 270  
 Por presunta infracción denunciada:
  - Consumo de tabaco en lugares prohibidos: 142
  - Incumplimientos de req. de zonas para fumadores: 53
  - Falta de carteles o señalización: 28
  - Requisitos para la venta: 20
  - Venta a menores: 12
  - Entrada de menores en lugares prohibidos: 7
  - Publicidad o patrocinio: 6
  - Sin determinar: 2

PROCEDIMIENTOS SANCIONADORES

	CASTILLA-LA MANCHA				
	INICIADOS		RESUELTOS		CUANTÍA TOTAL EN €
	LEVES	GRAVES	LEVES	GRAVES	
2006	53	7	53 1 sobreseido	7	6491*
2007	61	19	61	19	29067
2008	75	12	0	0	0

Fuente: SIGLO y Secretarías de las Delegaciones Provinciales de Sanidad.

\* A falta datos completos de Albacete.

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

# 3

## CONSUMO DE TABACO EN EL ÁMBITO LABORAL EN CASTILLA-LA MANCHA

Carlos Alonso Sanz

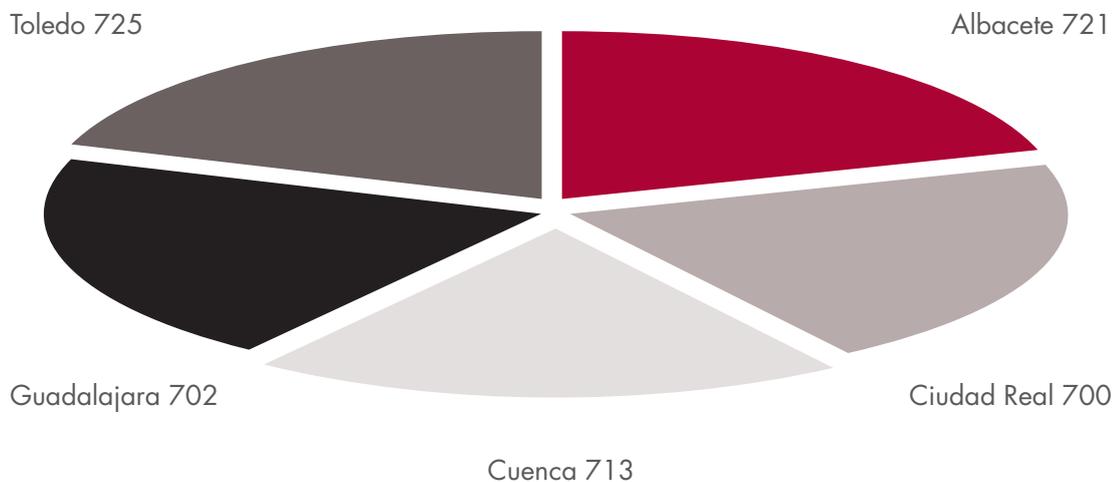
*Jefe de Sección de Prevención. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha*

La presente intervención recoge un resumen de las conclusiones establecidas por un estudio cuantitativo sobre el consumo de tabaco en el medio laboral en Castilla-La Mancha, realizado por la empresa Simple Lógica para la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM) en colaboración con la Consejería de Sanidad.

La encuesta, llevada a cabo telefónicamente, se realizó en noviembre de 2007

a personas mayores de 16 años que trabajen por cuenta propia o ajena y que residan en Castilla-La Mancha. La muestra, formada por 3.561 entrevistas se estratificó por sectores de actividad dentro de cada provincia, incrementándose el peso del sector hostelería ya que había un interés añadido en conocer la situación del consumo de tabaco entre los trabajadores de este sector.

Distribución de la muestra por provincias



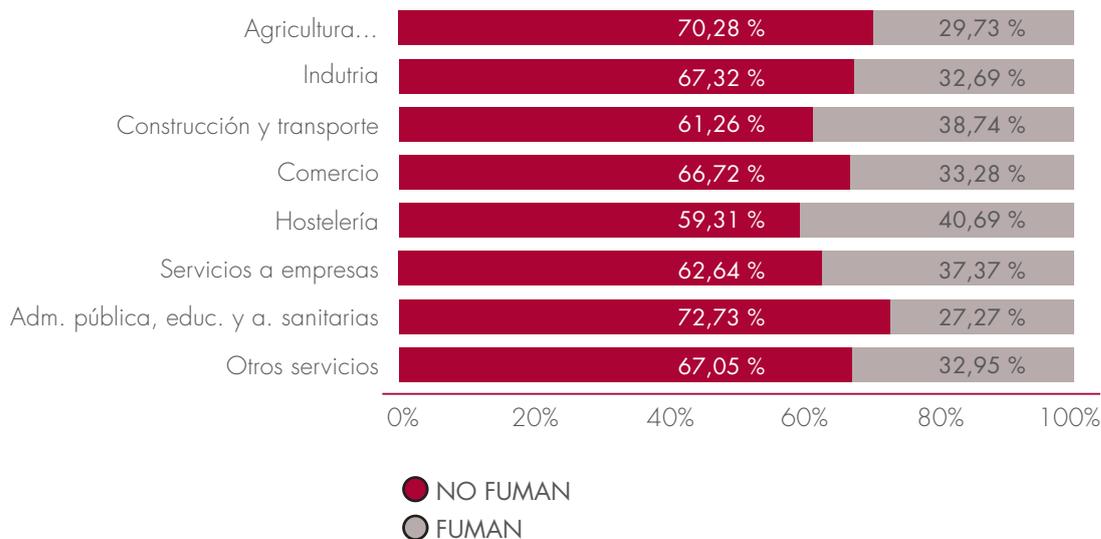
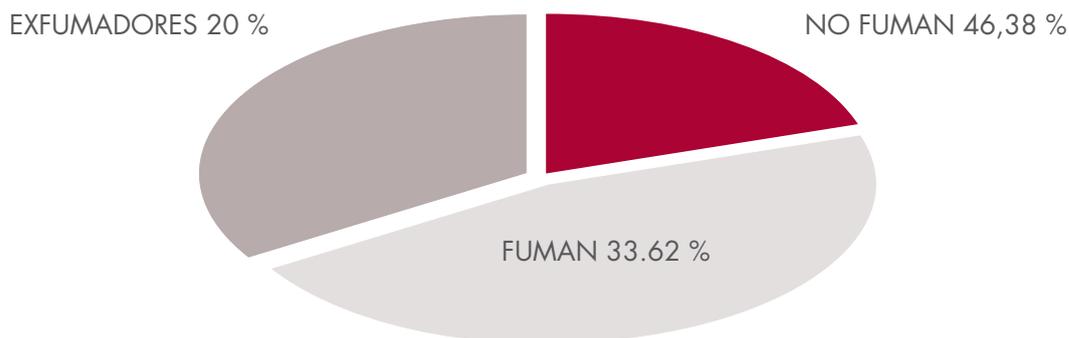
### CONSUMO DE TABACO

Una de cada tres personas de la población ocupada residente en Castilla-La Mancha (33,62 %) fumaba, siendo la mayoría de ellos (casi el 90 %) fumadores diarios, lo cual refuerza la dificultad del consumo esporádico de tabaco. El consumo medio se sitúa en 16 cigarrillos diarios. El porcentaje de exfumadores es prácticamente del 20 %.

Por sexos, fuman más los hombres trabajadores (lo hace el 35,93 %) que las mujeres (29,63 %). Por edades, son los más jóvenes los que más fuman (16 a

24 años) con una prevalencia del 43,2 % (efecto que no se produce en población general, donde el grupo de mayor consumo es el de 25 a 44 años, por lo que el riesgo de tabaquismo es mayor en población trabajadora joven que en población estudiantil).

El sector de actividad también parece influir notablemente en el consumo de tabaco, variando entre un 28 % de fumadores entre los que trabajan en el sector público hasta un 40 % entre quienes trabajan en hostelería. No obstante, la edad media de cada sector parece interferir en esta relación.

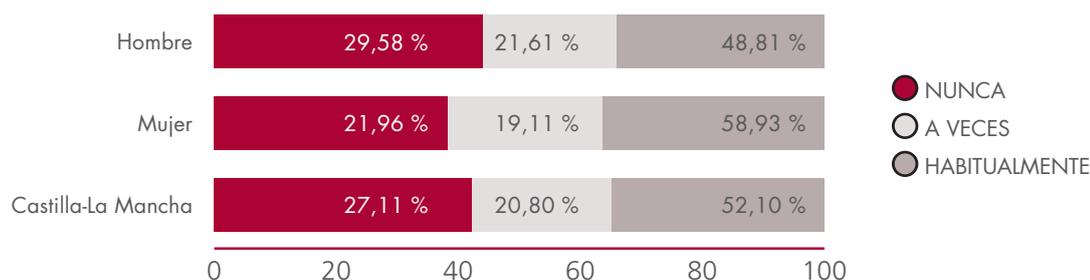
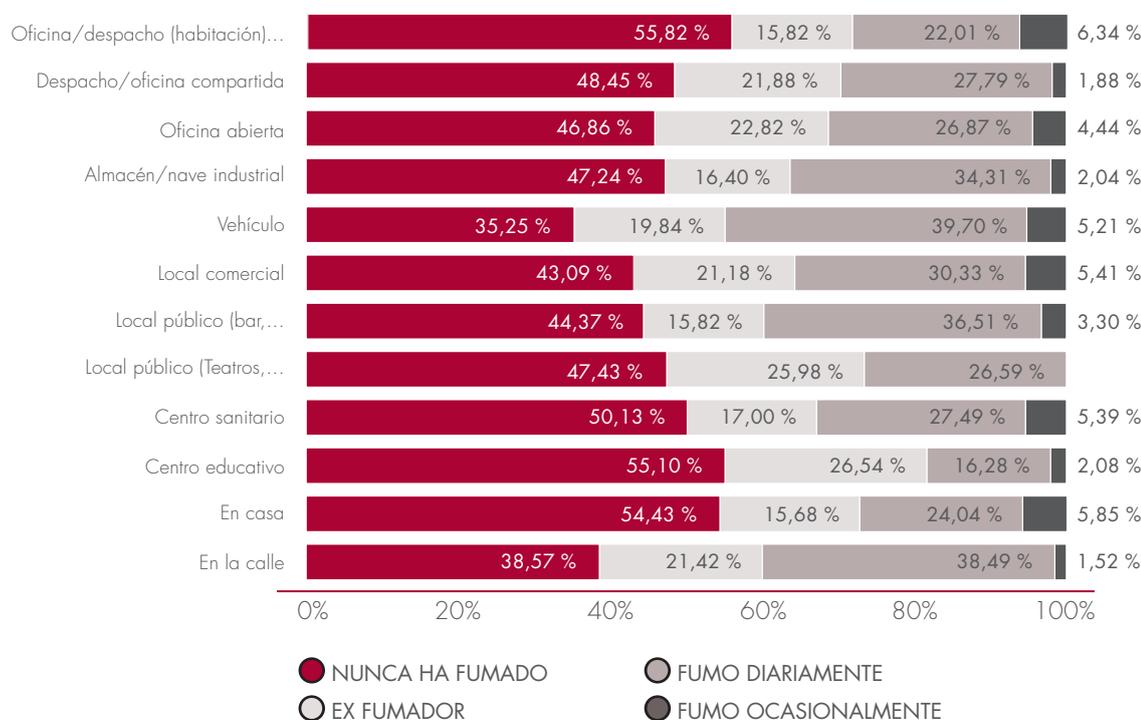


El consumo de tabaco parece relacionarse con las condiciones de trabajo. Más del 50 % de la población ocupada en Castilla-La Mancha que trabaja en oficinas, despachos, centros educativos y en su propia casa, nunca ha fumado. Son los lugares de trabajo donde se da un porcentaje de no fumadores más elevado. En el extremo opuesto se encuentran las personas que trabajan en un vehículo propio (entre ellas sólo el 35,25 % nunca ha fumado) o en la calle (entre ellas un 38,57 % nunca ha fumado).

### CONDUCTAS, ACTITUDES Y MOTIVACIONES ANTE EL TABACO

#### En casa

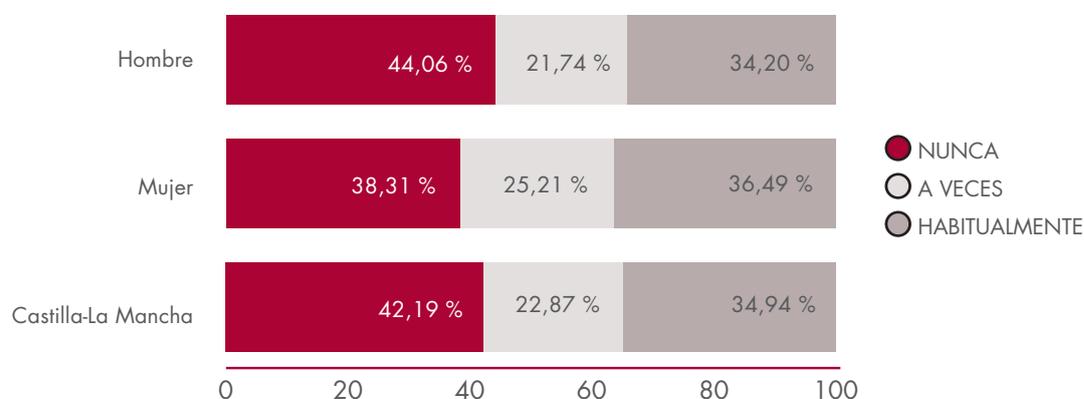
De la población fumadora ocupada y residente en Castilla-La Mancha, un poco más de la mitad (52,1 %) afirma fumar habitualmente en casa cuando está solo o con otros fumadores. Este comportamiento es más frecuente en las mujeres (probablemente por que su mayor dedicación a las tareas domésticas les obliga a pasar más tiempo en casa).



Sin embargo, el comportamiento de los fumadores en su casa cambia notablemente cuando están en presencia de no fumadores. Aunque, como hemos visto, más de la mitad fuman en casa cuando están solos o con otros fumadores, este porcentaje se reduce en más de 15 puntos cuando están en presencia de no fumadores (sólo el 34,94 % de los fumadores dice fumar en este caso). Este comportamiento es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Vemos, por tanto, que a uno de cada tres fumadores le da igual que haya otras personas no fumadoras presentes para fumar o no.

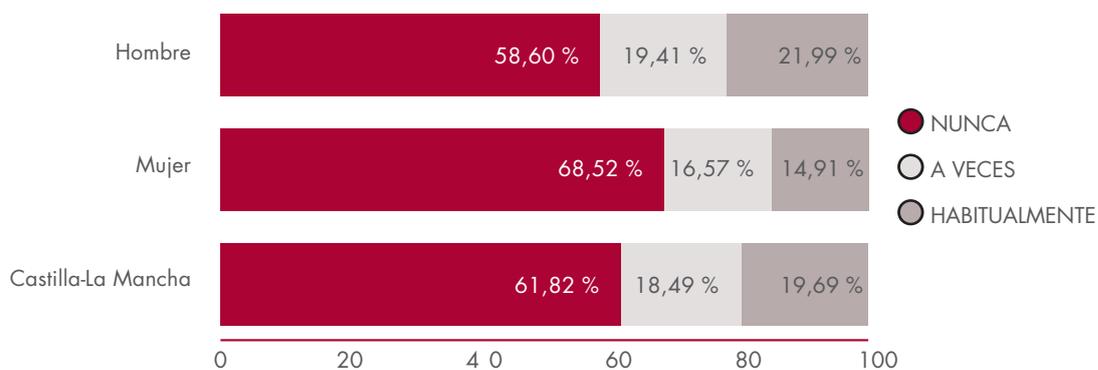
Este comportamiento no es muy diferente del que se observa en otros países europeos donde fuman en casa cuando hay no fumadores presentes el 31 % de los fumadores.



### En el coche

Casi la mitad de los fumadores (49,09 %) asegura que nunca fuma en el coche si van solos o con otros fumadores. Cuando el acompañante es no fumador, la proporción de los que aseguran que nunca

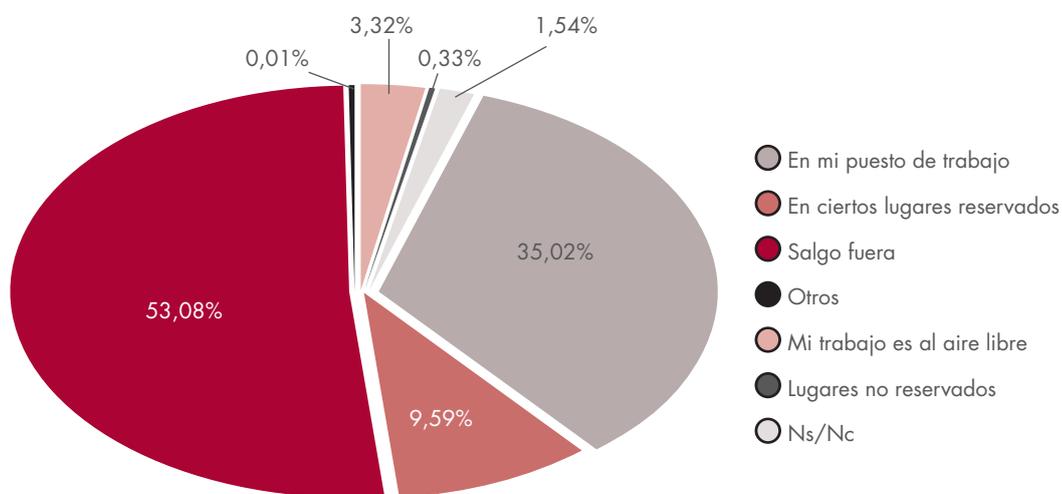
fuman en el coche asciende al 61,82 %m mientras que el sólo uno de cada cinco lo hace habitualmente (las mujeres se muestran más respetuosas en el coche ya que sólo fuma en compañía de no fumadores el 14,91 %, frente al 21,99 % de los hombres).



### COMPORTAMIENTO DE LOS FUMADORES EN EL CENTRO DE TRABAJO

Más de la mitad (53,08 %) de los fumadores de la población ocupada de Castilla-La Mancha que fuman en su tiempo de trabajo salen fuera para hacerlo. Sin embargo,

uno de cada tres (un porcentaje importante, 35,02 %) asegura fumar en su puesto de trabajo y un 9,59 % lo hace en lugares reservados en la empresa para fumar. Ello supone que casi la mitad de los trabajadores incumple en alguna medida la normativa sobre consumo de tabaco en las empresas, sobre todo entre los más jóvenes.



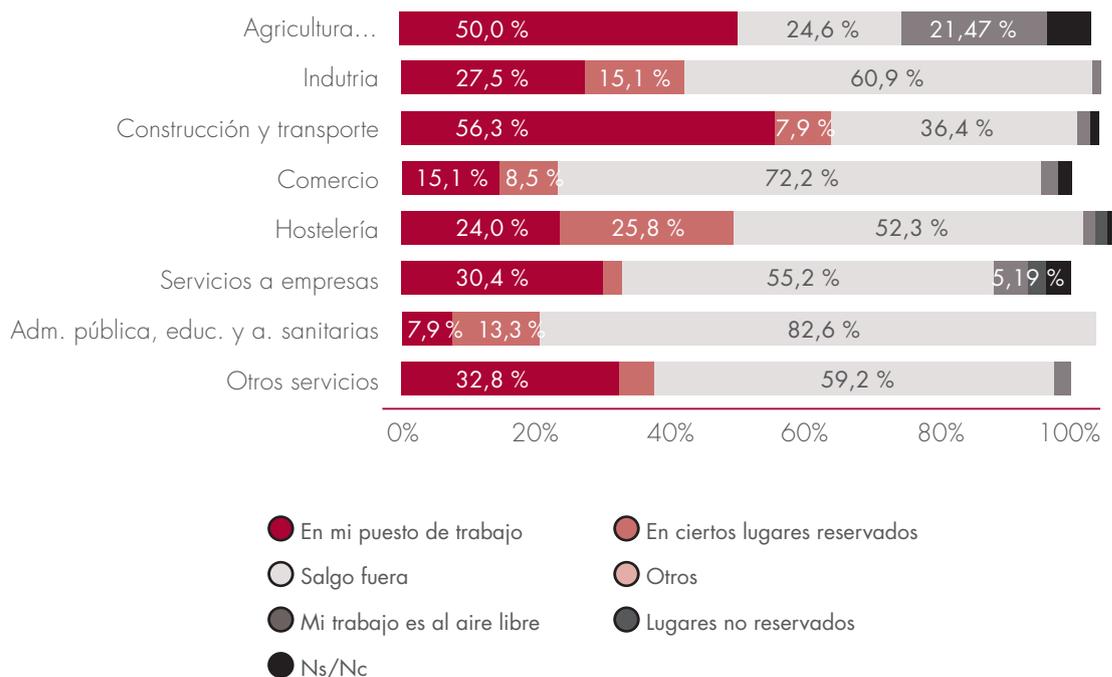
Las mujeres son bastante más cumplidoras de la normativa que los hombres. Sale fuera a fumar el 73 % de las mujeres fumadoras y el 46,79 % de los hombres, mientras

que en su puesto de trabajo lo hace el 14,31 % de las mujeres y el 41,55 % de los hombres.



Por sectores, los más cumplidores son los trabajadores de la Administración Pública, ya que el 82,6 % de los fumadores sale fuera a fumar (en sentido contrario, también es cierto que casi uno de cada cinco

no cumple la normativa). Los menos cumplidores los encontramos en construcción y transporte (sólo el 56,27 % sale fuera) y en agricultura (50 %).



La media de veces al día que salen fuera los fumadores que afirman salir del lugar de trabajo para ello es de 3,5.

Los hombres salen bastante más que las mujeres (4,09 veces al día, frente a 2,29 entre las mujeres). Por sectores, los que más veces salen son construcción y transporte (4,23 veces), mientras que en la Administración Pública sólo salen 2,79 veces.

En cuanto al efecto de las vacaciones, el 40,58 % de los fumadores dice fumar más en vacaciones que en período laboral, siendo este efecto más acusado entre las mujeres (entre las que dice fumar más en vacaciones el 54,51 %) y entre los más jóvenes (16 a 34 años).

## DESEOS E INTENTOS DE DEJAR DE FUMAR

Casi la mitad de los fumadores (48,47 %) ha intentado dejar de fumar alguna vez. El 45,94 % nunca se lo ha planteado y el 4,81 % no lo ha intentado pero se lo está planteando.

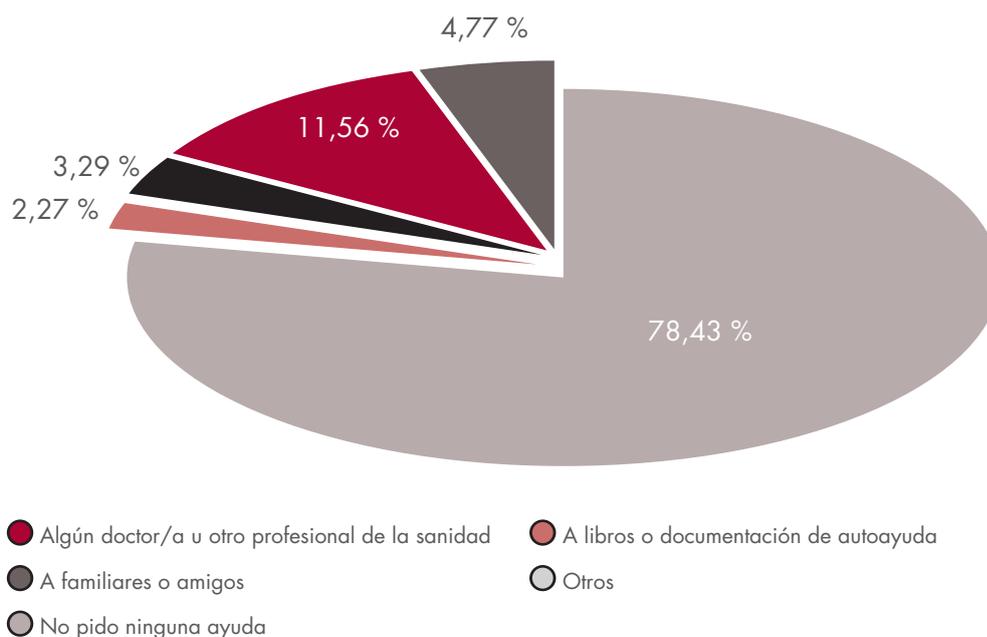
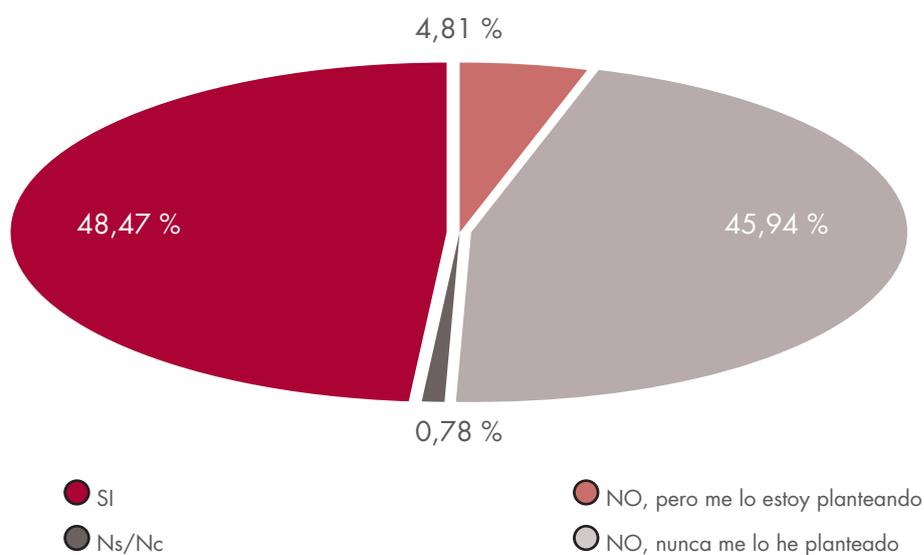
La media de intentos de dejar de fumar (entre los que lo han intentado) es de 2,4 veces, siendo el motivo más frecuente la preocupación por los efectos nocivos del tabaco para la salud (40,16 %).

Casi 8 de cada 10 individuos que intentaron dejar de fumar (78,43 %) aseguran que no han pedido ni recibido ninguna ayuda para

conseguirlo. Sólo el 11,56 % pidió ayuda a algún médico o profesional, el 4,77 % recibió ayuda de sus familiares o amigos y un 2,27 % se sirvió de libros de autoayuda.

El 21,13 % de los exfumadores lo dejaron tras la entrada en vigor de la Ley, es decir

en los dos años anteriores a la encuesta, mientras que en los dos años anteriores a la Ley lo dejaron sólo el 15,45 %, por lo que dicha Ley parece haber animado a muchos fumadores a abandonar el hábito (lo hicieron casi un 6 % más).

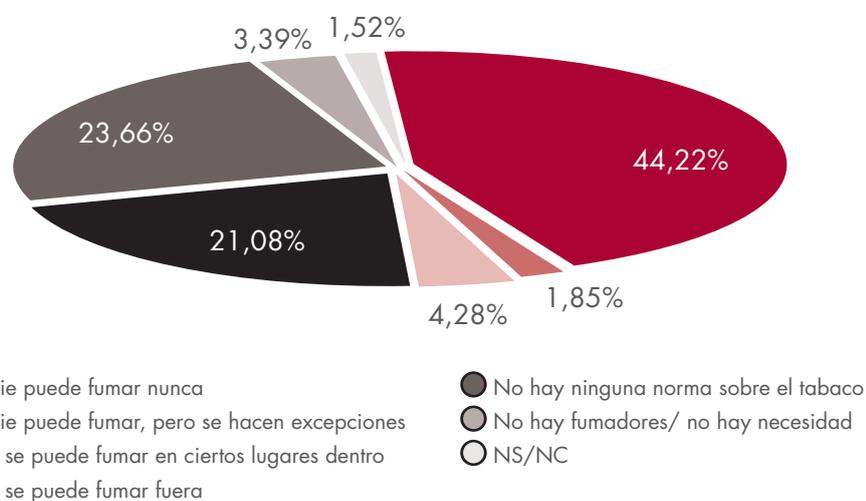
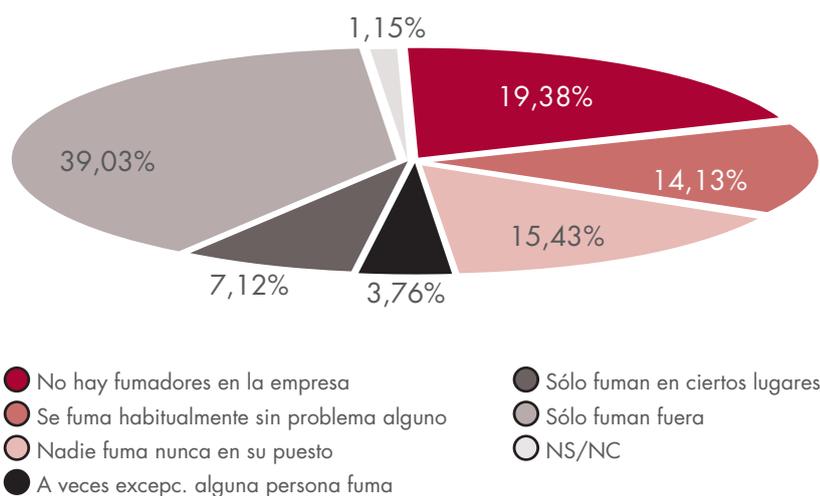


### EL TABACO EN EL ESPACIO LABORAL

La percepción que tienen los trabajadores sobre el comportamiento de los fumadores en el puesto de trabajo es más optimista que los datos de consumo que hemos visto anteriormente. El 39 % de la población ocupada afirma que en su trabajo los fumadores sólo fuman fuera, el 19,38 % dice que en su empresa no hay fumadores, el 15,43 % afirma que nadie fuma nunca en su puesto de trabajo y el 14,13 % que se fuma habitualmente sin problema alguno. El 12,06 % restante dice que se fuma sólo excepcionalmente o sólo en ciertos lugares.

res. Por tanto, el 73.81 % considera que se cumple la legislación sobre consumo de tabaco en el puesto de trabajo.

En cuanto a la percepción que tienen los trabajadores de las normas existentes en sus empresas sobre consumo de tabaco, el 44,22 % afirma que nadie puede fumar dentro de la empresa, mientras que el 23,66 % asegura que no hay ninguna norma sobre tabaco en su empresa. El 21,08 % dice que sólo se puede fumar fuera de su lugar de trabajo, el 4,28 % que sólo se puede fumar en ciertos lugares, el 3,39 % que no hay fumadores en su empresa y un 1,85 % que nadie puede fumar.



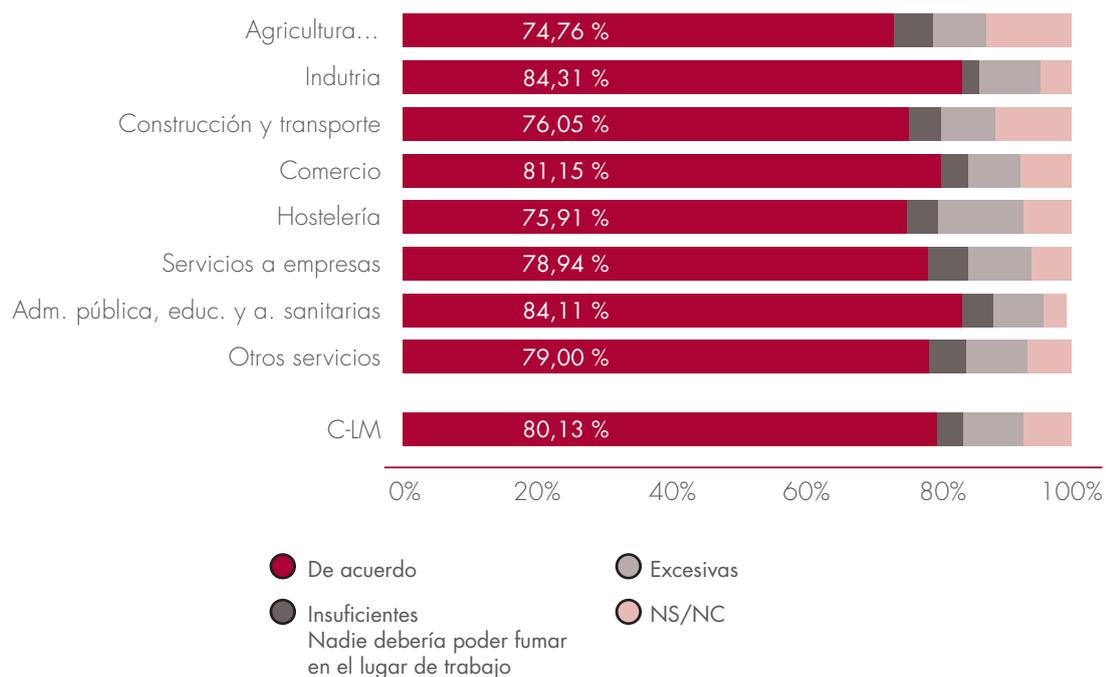
Ello supone que algo menos de uno de cada 4 trabajadores percibe que las normas de la empresa no respetan la normativa, mientras que 3 de cada 4 consideran que sí.

El sector de la Administración Pública es donde menos trabajadores dicen que no hay normas sobre el consumo de tabaco en el puesto de trabajo (sólo un 7,23 % lo afirma), mientras que en la agricultura (45,31 %) y en la construcción y transporte (42,8 %) es donde más trabajadores lo dicen.

Exceptuando agricultura y construcción, la hostelería es el sector donde menos trabajadores (39,25 %) indican que nadie

puede fumar dentro. La ausencia de una prohibición específica del tabaco entre los usuarios del sector influye sin duda en este resultado.

En general los trabajadores admiten bien la norma sobre consumo de tabaco. Ocho de cada 10 están de acuerdo con las normas existentes sin que se observen diferencias entre hombres y mujeres. Ente los sectores, agricultura (74,76 %) y hostelería (75,91 %) son los que menor porcentaje de trabajadores están de acuerdo con las normas. De hecho, el 13 % de los trabajadores de hostelería piensan que las normas son excesivas.



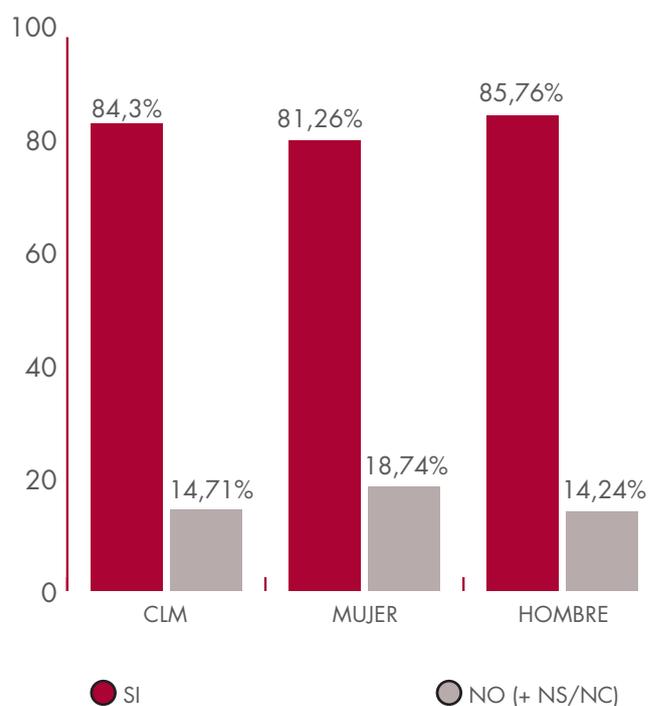
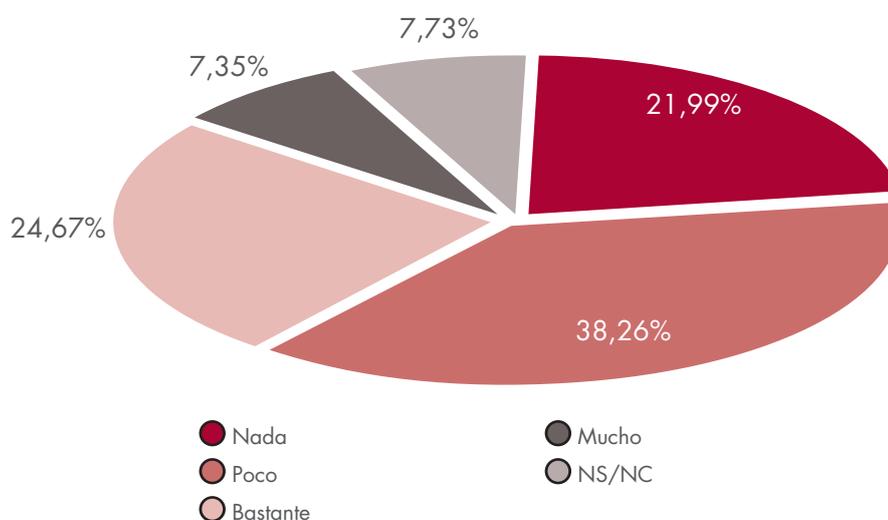
### IMPACTO DE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LEY

Al preguntar a los encuestados sobre los logros de la Ley con respecto a que algunos dejen de fumar, el 22 % cree que no ha conseguido nada, el 38,26 % piensa que se ha

logrado poco, el 24,67 % que se ha conseguido bastante y el 7,35 % que son muchos los logros conseguidos (7,72 % ns/nc). Las opiniones, por tanto, son poco favorables a la utilidad de la Ley para favorecer el abandono (sólo 1 de cada 3 trabajadores piensa que su efecto ha sido importante).

El 84,3 % de los fumadores de la población ocupada de Castilla-La Mancha dice que fumaba lo mismo antes de la entrada en vigor de la Ley que actualmente, mientras que el 14,71 % afirma que no. Entre las mujeres (18,31 %) hay un mayor peso de las que no fuman lo mismo que entre los hombres (12,98 %).

Por sectores, la Administración Pública (19,97 %) y las empresas de servicios a otras empresas (19,66 %) son los que presentan mayor porcentaje de personas que han modificado la intensidad del hábito después de la Ley, de manera que parece que esta Ley ha tenido más impacto en los sectores de actividad en los que ésta se realiza predominantemente en lugares cerrados.

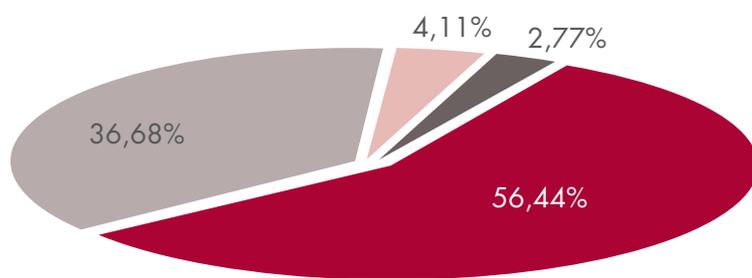


### CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE LEYES

En general hay un elevado conocimiento de la existencia de leyes que prohíben fumar en determinados lugares públicos (más del 93 % lo sabe). Otra cosa es el grado en que consideren que se cumplen. Así el 56,44 % de la población ocupada en Castilla-La Mancha sabe que existen las leyes que prohíben fumar en determinados lugares públicos y además creen que sí se

respetan. El 36,68 % saben también que las leyes existen pero creen que no se respetan. También hay un 4,11 % que creen que las leyes no existen.

Como era esperable, los porcentajes varían significativamente según que las personas sean fumadoras o no, de manera que el porcentaje de los que creen que se respetan las normas es mayor entre los fumadores (64,98 %) que entre los no fumadores (49,56 %).



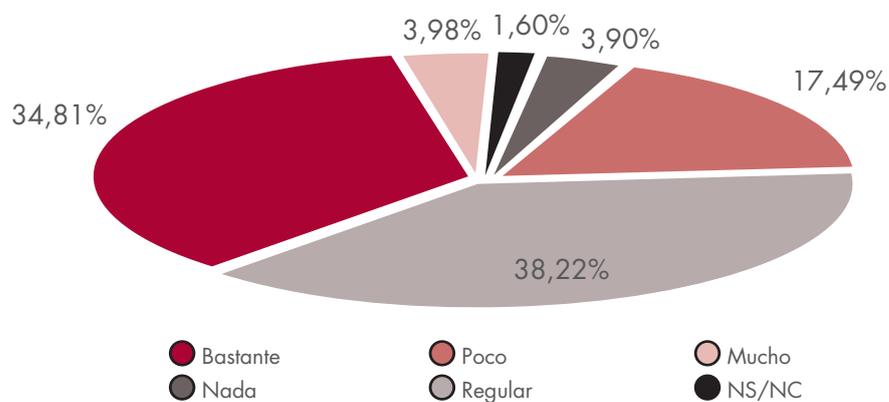
¿CONOCE LA EXISTENCIA DE LA LEY Y CREE QUE SE CUMPLE?

- Conoce la ley y cree que se cumple
- Conoce la ley y cree que no se cumple
- No conoce la ley
- NS/NC

### PERCEPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Las opiniones sobre el grado de cumplimiento de la Ley en general están muy divididas. Casi la mitad piensa que se está cumpliendo (el 34,81 % de la población

ocupada piensa que la Ley se está cumpliendo bastante y el 3,98 % que se está cumpliendo mucho) y la otra mitad que se cumple regular o mal (el 38,22 % valora como regular el cumplimiento de la Ley, el 17,49 % que se cumple poco y el 3,90 % que no se cumple nada).



- Bastante
- Nada
- Poco
- Regular
- Mucho
- NS/NC

## PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LA LEY

Se preguntó a los trabajadores acerca del impacto de la Ley en relación a cuatro objetivos concretos:

- Dejar de fumar en los centros de trabajo
- Reducción del humo en hostelería
- Que algunos dejen de fumar
- Que algunos no empiecen a fumar.

Los resultados indican que la población ocupada sólo se pronuncia en términos claramente favorables al primero de ellos, es decir, a la menor incidencia del tabaco en los centros de trabajo. Este objetivo se considera alcanzado por casi dos tercios de la población.

Por el contrario, los objetivos de que haya menos humo en bares y restaurantes, de que algunos dejen de fumar y de que otros no empiecen, se consideran no alcanzados también por dos tercios de la población.

## INCIDENCIA DE LAS CAMPAÑAS SOBRE EL TABACO

La mayoría de los encuestados manifiesta escasa confianza en la efectividad de las campañas dirigidas específicamente a los fumadores, por ejemplo mediante mensajes en las cajetillas. Dos de cada tres (65,97 %) piensan que son poco o nada útiles, mientras que sólo un 28,81 % las consideran bastante o muy efectivas.

Las campañas realizadas en el centro de trabajo suscitan una opinión ligeramente más favorable ya que sólo el 53,04 % piensa que son poco o nada eficaces, y un 38,87 % considera que son bastante o muy útiles.

## EL TABACO EN LA HOSTELERÍA

Existe una relación importante entre el tabaquismo y el sector de actividad, variando el porcentaje de fumadores del 27,27 % que se registra entre quienes trabajan en el sector público al 40,69 % entre quienes trabajan en hostelería.

El sector de hostelería es en el que más personas dicen que se fuma habitualmente en el centro de trabajo (19,81 %).

Junto con la agricultura (74,76 %), la hostelería (75,91 %) es el sector con menor proporción de personas que están de acuerdo con las restricciones acerca del tabaco. El 13 % de los trabajadores de este sector piensan que las normas son excesivas.

Únicamente el 21,54 % de las personas que trabajan en hostelería indican que no están expuestas al humo en restaurantes y sólo un 14 % dice que no está expuesto al humo en bares y pubs.

La exposición al humo del tabaco en estos establecimientos no sólo afecta a quienes trabajan en ellos. El 31,4 % de la población ocupada asegura pasar más de una hora al día expuesto al humo de tabaco en bares y pubs, y el 22,16 % señala lo mismo cuando se trata de restaurantes.



Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

## “VALORACIÓN Y VIVENCIAS RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA LEY DEL TABACO EN CASTILLA-LA MANCHA”

Carmen de Pedro Martín

*Jefa de Sección de Investigación y Formación. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.*

Ignacio Megías Quirós

*Investigador Social. Miembro de Sociológica Tres*

El estudio “Valoración y Vivencias Respecto a la Aplicación de la Ley del Tabaco en Castilla-La Mancha”, fue promovido por el Observatorio de Drogas de Castilla-La Mancha, con la intención de evaluar la puesta en marcha de la ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y el consumo y publicidad de los productos del tabaco”, que entró en vigor en enero de 2006.

Los primeros meses de aplicación de estas medidas representaba el periodo más determinante en la adaptación, modificación y ajuste de las nuevas rutinas, momento en el que resultaba muy interesante poder extraer conclusiones sobre cómo son las vivencias, tanto de quienes fuman como de quienes no lo hacen, y las valoraciones que se derivaban del reajuste de los hábitos propios y del que realizan las personas más cercanas.

El estudio se inició en los meses inmediatamente posteriores a la entrada en vigor de la ley, en un momento en el que había un gran revuelo respecto al consumo de tabaco y las restricciones de consumo y venta que imponía la nueva ley.

Los objetivos del estudio eran concretamente:

- Conocer la valoración e interpretación de la ley, así como las dificultades que entraña su puesta en práctica.
- Saber si se ha modificado o no el hábito de fumar y en qué sentido.
- Ver posibles cambios de actitud hacia el tabaco, los fumadores y los no fumadores, además de las posibles modificaciones de la imagen social de unos y otros.

Respecto a la metodología, adoptamos una técnica de investigación cualitativa basada en grupos de discusión y entrevistas, por ser las que mejor se adecuaban al planteamiento y objetivos de la misma.

Los grupos de discusión, estaban formados por fumadores y no fumadores, lo que podríamos denominar como “gente de la calle”, afectada por la ley en base a sus hábitos tabáquicos, o a las posibles molestias que el tabaco les causaba.



Se realizaron ocho grupos de discusión, compuestos cada uno por siete u ocho personas, considerando además de la variable fumador/no fumador, otras que considerábamos importantes como:

- El sexo, (grupos de hombres, mujeres y mixtos),
- La edad (los grupos fueron divididos en dos tramos de edad, amplios pero diferenciados: 20-35 años y 40-55 años).
- Además en los grupos de 40-55 años todos los asistentes debían trabajar en espacios afectados por la ley del tabaco.

La condición para ser considerado/a fumador/a era que su consumo fuera diario, o que lo hubiera dejado después del 1 de enero de 2006 (este último perfil nos aportaría el grado en el cual la Ley contribuye a abandonar el hábito tabáquico, y nos presentaba el perfil del reciente ex fumador). La condición para ser considerado/a no fumador/a era llevar, al menos, un año sin fumar.

Además, se llevaron a cabo ocho entrevistas individuales semiestructuradas con informantes clave, que representarían diferentes sectores afectados, de uno u otro modo, por la puesta en práctica de la Ley: sector sanitario (médicos y personal sanitario relacionado con unidades tabáquicas), sector hostelero (dueños de bares y restaurantes), entornos laborales (empresarios y sindicatos), e incluso se consideró una representación en el sector de la oferta (estancos, vendedores).

El trabajo de campo se hizo en dos fases, en un primer momento se realizaron los grupos de discusión (junio de 2006), en un momento en el que existía gran debate social y "ruido" mediático respecto a la nueva ley. En segundo lugar las entrevistas en profundidad a principios de 2007. El análisis de ambas fases se integró en un único informe.

Respecto a los resultados obtenidos hemos extraído algunas de las conclusiones más interesantes que consideramos más interesantes en relación al tema de la ponencia que hemos de defender.

## VISIÓN RESPECTO AL TRASFONDO DE LA LEY

En el discurso general, la gente conocía lo suficiente de la ley como para saber lo fundamental: donde se podía y donde no se podía fumar. Mientras que planteaba más dudas en lo relativo a los objetivos e intereses que persigue, es decir al trasfondo de la ley.

Desde la teoría, existe acuerdo general en que el objeto último de las medidas restrictivas con el consumo de tabaco son de carácter sanitario: mejorar la salud de los fumadores y minimizar las molestias a los no fumadores. Pero en la puesta en práctica de la ley se ha priorizado el segundo de los objetivos (evitar molestias a los no fumadores), entre otros motivos porque conseguir que los fumadores abandonen el consumo de tabaco es un objetivo muy a largo plazo.

Así, quienes no fuman obtienen un beneficio desde el momento inicial de aplicación de la Ley, mientras que quienes fuman sólo parecen experimentar contratiempos

y dificultades en el presente, en base a unos beneficios futuros que observan lejanos y dudosos.

Para los fumadores, la concordancia entre ese objetivo de salud y la medida tomada les parece incongruente por varios motivos que expresan en sus discursos:

- Si tan malo es el tabaco, deberían prohibir su comercio, pero sólo han restringido su consumo.
- Existen otros productos y situaciones igualmente perjudiciales para la salud como la contaminación de las aguas o la comida basura contra las que no ponen veto porque aparentemente no perjudica a terceros.
- Está pensada y aplicada sin tener en cuenta la opinión, las necesidades ni los problemas del fumador. En este sentido echaban en falta la puesta en marcha de medidas y dispositivos, como fármacos o terapias, para ayudar a abandonar el tabaco.



En definitiva, es una ley pensada por no fumadores para hacer respetar los derechos de los no fumadores y no para proteger la salud de los fumadores a los que persigue y criminaliza.

Los no fumadores la ven como una herramienta muy útil para tener espacios sin humo y que se respete su derecho a no ser molestados, y el tabaco les molesta. No obstante, también critican su puesta en práctica y creen que sería más beneficiosa si fuera más restrictiva y se hubiera prohibido fumar en todos los lugares, pues consideran que en el único espacio donde no hay humo es en las Administraciones Públicas. Creen que la ley ha fracasado especialmente en los lugares de ocio.

## EL PAPEL DEL ESTADO

Existe una constante contraposición entre el papel que se atribuye al Estado y la libertad y autonomía que pretende el individuo, que en el tema que nos ocupa presenta una serie de contradicciones o, cuando menos, paradojas...

Se plantea una situación por la que el consumo de tabaco, más en estos momentos en que parece "perseguido", se constituye en auténtica muestra de la autonomía y libertad de decisión, frente a un Estado que pretende controlarlo y reducirlo. En primer lugar, asumiendo el cuerpo como el templo cuya llave sólo tiene uno mismo y nadie puede profanar: sólo yo decido qué tomo, y a nadie tengo que dar explicaciones de ello (siempre que no perjudique a nadie, ni moleste en situaciones propias de ello...). En segundo lugar, señalando al espacio físico auténticamente privado (la casa, sobre todo, y el coche), como frontera infranqueable a injerencias externas. Planteamientos que, en sí mismos, no parecen entrar en

contradicción con la Ley, pero que se constituyen en iconos de la *resistencia numantina* frente a la prohibición.

Por otro lado, se atribuye al Estado la responsabilidad de ejercer de padre que guía (educando en salud, desarrollando estrategias de formación y prevención), que tutela (informando, ofreciendo recursos sanitarios para la atención y la deshabituación) y que vigila (controlando a las tabaquerías, controlando la composición de los cigarrillos). Demandas que encajan con un modelo de pacto social y de estado de bienestar que prioriza la salud. Pero algunas de tales demandas parecen entrar en conflicto con lo expresado en el punto anterior respecto a la autonomía y libertad ante el consumo de tabaco, en el siguiente sentido: demando que sea el Estado quien me aleje del "vicio" (incluso le culpo de haber caído en él), al tiempo que le niego bastantes de los instrumentos que tiene a su alcance para hacerlo efectivo, como las medidas de regulación y restricción que evaluamos.

Respecto al Estado también se desarrolla, de manera muy generalizada (en todos los grupos de discusión sale el tema), un discurso que lo culpa abiertamente de desarrollar una política de doble moral respecto al tabaco, pues a la vez que señala lo perjudicial de su consumo, y teóricamente pretende reducirlo, se enriquece a través de los impuestos y las tasas.

Por ello muchas personas están convencidas de que realmente no interesa que se abandone el consumo de tabaco, y por ello se despoja al Estado de la autoridad moral para aleccionar sobre el tabaco, o para imponer medidas al respecto.

Uno de los argumentos que suelen manejarse a la hora de señalar esa doble moral



atribuida al Estado es que, atendiendo a razones de salud y sanitarias, “medias tintas” no valen, y si el tabaco es malo lo que hay que hacer es prohibirlo totalmente. En este sentido la Ley es considerada una medida insuficiente, un “parche” para atajar y resolver el problema.

La puesta en marcha de la ley se sobreentiende, como una consecuencia más de la globalización económica y de los mecanismos de poder en todo el planeta. España no hace más que seguir los pasos marcados por otros países europeos, en cierta manera la ley era inevitable, los legisladores estaban obligados a imponerla. Por ello, se asume que la tendencia es hacia mayores restricciones, que acabarán viéndose como normales. Europa sería el espejo en el que se fija España.

## ENTORNOS LABORALES Y ENTORNOS DE OCIO

A la hora de valorar la puesta en práctica de la Ley, se produce una clara disociación

entre dos contextos en los que ésta actúa: el entorno laboral y los espacios de ocio.

La idea general, sería que en el trabajo “todo es diferente”:

- Lo que ha cambiado es que Ahora si se aplica y se cumple la Ley, puesto que en muchos centros de trabajo ya existían normas que teóricamente prohibían el consumo de tabaco, pero no se respetaban. Podría decirse que se ha hecho “oficial” que tales normas han de cumplirse, quizás porque ha aumentado la presión sancionadora, o porque existe más vigilancia, o simplemente porque tiene mucha mayor repercusión mediática.
- En segundo lugar ha cambiado, porque se fuma de otra manera, de forma más compulsiva. El hecho de que los fumadores deban contener sus deseos de fumar durante la jornada laboral, no implica que esas ganas desaparezcan, Así, al finalizar la jornada de trabajo o en los momentos de pausa se producen

- Yo me acuerdo de haber estado fumando en clase, haciendo exámenes
- Ah, sí
- Claro, y yo
- Y el profesor entrar fumando tranquilamente, y en la cafetería, bueno, madre mía... en la cafetería del instituto donde yo trabajo hasta hace bien poco hemos fumado... hasta que entró la ley en vigor, y eso que es un centro público, donde se supone que no se puede fumar. ¿No?, porque es un centro educativo, que está prohibido fumar desde el año no sé cuántos. Pues se fumaba, en mi centro y en todos. En la cafetería y en todos los sitios. Se fumaba hasta el 1 de enero.

(Mujeres fumadoras, 2035, Cuenca)

consumos muchos más compulsivos (fuman más en menos tiempos).

- Pero tener que salir a fumar fuera de la empresa, a la calle, supone una pérdida de tiempo en general bastante comprendida y asumida por los trabajadores, aunque en menor medida por los no fumadores que lo asumen como una mayor carga de trabajo para ellos.

Se tiene la convicción de que existe el riesgo de que se produzcan importantes discriminaciones en cuanto a las oportunidades laborales de los fumadores, pues la empresa preferiría ahorrarse los perjuicios de tener contratadas a personas que puedan perder más tiempo y rendir menos como consecuencia del hábito de fumar.

En los entornos de ocio, por el contrario todo sigue igual, pues en la inmensa mayoría de bares y locales de ocio se sigue fumando.

Los motivos que aducen para explicar que la situación no haya variado demasiado

son tanto económicos como culturales: En lo que respecta a los motivos económicos, la decisión de los dueños de hacer los locales "de fumadores" obedecería al convencimiento de que lo contrario originaría grandes pérdidas económicas, pues acudirían menos clientes a los mismos.

Consideran que en la cultura de ocio española alcohol y tabaco van de la mano, de manera prácticamente indisoluble. En función de este planteamiento, en los lugares en los que se consume alcohol se debe poder fumar, y cualquier intento de prohibición en tal sentido parecería condenado al fracaso comercial y al rechazo popular. También consideran que los fumadores son los mayores clientes de los bares porque tienen más vicios, y un estilo de vida menos saludable.

## **CAMBIO RADICAL EN LA IMAGEN DEL TABACO Y LOS FUMADORES**

Pudimos apreciar que a partir de la puesta en marcha de la ley, ha cambiado la

imagen y la percepción sobre el tabaco y la figura del fumador. Una de las cosas que más están cambiando y que puede ser un elemento importante como motor preventivo de la ley, son las motivaciones y las imágenes asociadas a los inicios en el consumo: si antes el tabaco estaba asociado a modelos sociales glamorosos y al prestigio social (madurez, seguridad, modernidad..) actualmente el tabaco se ha descubierto muy pernicioso y los fumadores “pobres enfermos”. Este cambio radical de imagen no se produce únicamente como consecuencia de la entrada en vigor de la norma, su inicio es anterior, pero la ley incide en este aspecto y amplía la brecha respecto a la imagen anterior.

También existe la percepción generalizada de que se ha producido un cambio en las proporciones de fumadores y no fumadores, por el cual ahora habría bastantes más no fumadores, que harían valer su superioridad numérica a la hora de hacer cumplir la norma. Lo interesante de este aspecto no es que sea cierto o no (que lo es) sino que se argumenta como una

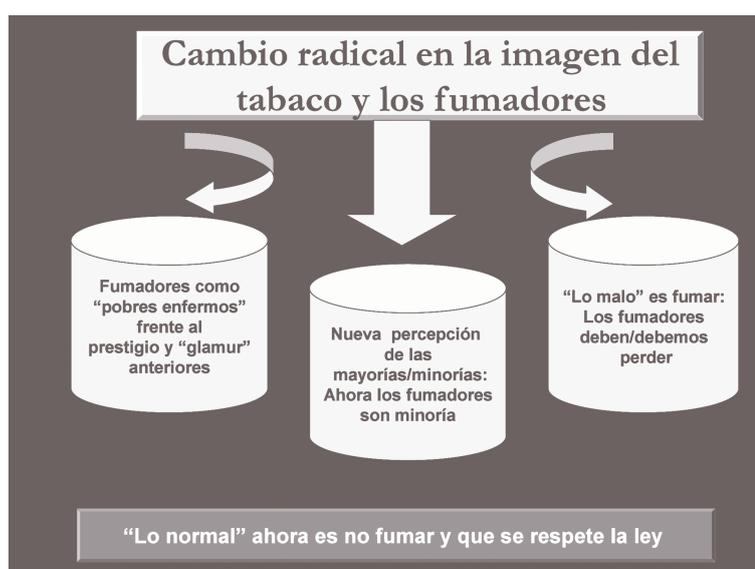
inflexión respecto a una situación anterior en que la mayoría eran los fumadores y lo normal fumar.

La situación se plantea además en términos de confrontación entre fumadores/ no fumadores. Los no fumadores han ganado la batalla y respaldados por las autoridades están imponiendo sus condiciones.

Pero no sólo creen que han perdido la batalla, sino que además deben perderla puesto que en las actuales convicciones sociales “lo bueno es no fumar” por lo que los propios fumadores asumen que están en la parte “oscura”, representan el mal y no les queda más remedio que claudicar: los fumadores debemos/deben perder.

En definitiva ha habido un cambio respecto a lo que se considera normal, que ahora es no fumar. Este cambio de imagen rema a favor del cumplimiento y los objetivos de la ley.

No obstante, la imagen sobre el tabaco y sobre si mismos que tienen los fumadores



varía considerablemente de la que tienen los no fumadores, así entre las personas que fuman existen una serie de lamentos, que son los que despiertan mayores quejas y mayores opiniones contrarias a la Ley.

Se extiende entre las personas que fuma la convicción de que con todo este asunto de la ley, la visión del tabaco y los fumadores, se ha exagerado o se ha "salido de madre" gracias a su tremenda repercusión mediática, que multiplica la alarma y la presión hacia los fumadores. Por ello en muchas ocasiones se lamentaban de que:

- Ahora parece muy grave un asunto que antes no parecía tener importancia.
- Parece muy peligroso un producto que antes no lo era tanto, y son muchísimas las molestias y perjuicios que provoca su consumo cuando antes casi no había quejas al respecto.

Tienen la sensación de ser ciudadanos de segunda, de estar perseguidos y marginados por la manera en que se hace visible la aplicación de la ley. Consideran muy negativas las imágenes de trabajadores fumando cigarrillos a las puertas de un centro de trabajo, porque dan la sensación de que están perdiendo tiempo, que no cumplen con su trabajo. Son ghettos temporales o efímeros pero que bastan para hacer visible esa discriminación.

Por eso afirman sentir vergüenza de sacar el cigarrillo en determinadas situaciones y tienen sentimiento de culpa o mala conciencia por el hecho de fumar, de poder infringir las normas o de no ser una figura socialmente ejemplar. Ese sentimiento es mayor cuando el deseo de cambiar la situación se enfrenta con lo que se reconoce como una verdadera adicción.

Todo este lamento se resume en la convicción de que la Ley está pensada y puesta en práctica por los no fumadores que no han tenido en cuenta opiniones, intereses ni necesidades de los fumadores, puesto que nadie les ha consultado a la hora de poner estas medidas en marcha, cuando es uno de los colectivos más afectados, además de hosteleros y empresarios.

Los planteamientos más radicales dentro de los fumadores son aquellos que ven la ley como una venganza de los fumadores que finalmente se han alzado con el "triumfo" tras años como perdedores. Reclaman el derecho a mantener sus privilegios, de fumar en cualquier lugar aún a costa de perjudicar a otros. Su planteamiento es "Si antes no protestaban por qué ahora sí". Niegan la existencia del fumador pasivo: mi humo no molesta.

Desde los no fumadores, la imagen que se tiene es que los fumadores no quieren entender la verdadera dimensión del fumador pasivo, pues creen que el tabaco no les molesta y que su salud no se resiente por aspirar humo de cigarrillos. Han sido muy desconsiderados con ellos y por fin ahora tiene una norma aceptada socialmente, que les permite protestar por algo que realmente sí les molesta.

De todos modos desde los no fumadores existe una dualidad a la hora de observar a los fumadores:

- Por un lado les consideran enfermos, personas enganchadas con enormes dificultades para enfrentarse a su propia adicción. Esta postura más "comprensiva" es de los que han sido fumadores en algún momento y los que tienen familiares, o conviven con fumadores que les transmiten sus dificultades.

- Por otro lado creen que son personas desconsideradas, que nunca se han preocupado de sus derechos y ahora es justo que se tengan que aguantar porque ellos llevan muchos años aguantándose.

Por último está la figura del exfumador que es considerada, tanto por fumadores como por no fumadores, como las personas más intransigentes y que planten posturas menos negociables respecto al tabaco.

### CONSIDERACIONES SOBRE EL CARÁCTER PREVENTIVO Y DISUASORIO DE LA LEY.

Respecto a la capacidad de la ley para favorecer la prevención y disminuir el consumo en los más jóvenes, tanto en los discursos de fumadores y no fumadores hay dos posiciones bien argumentadas y en pugna. La primera de ellas considera que el cambio legislativo favorece la prevención del tabaquismo en los más jóvenes, por varios motivos:

- Por un lado se dificultan su inicio, con la prohibición de la venta de cigari-

llos a menores o su consumo en los institutos.

- Creen que la implantación de la ley reducirá a largo plazo el consumo de tabaco, de adultos, amigos e iguales de los jóvenes. Se irá creando la costumbre de no fumar, crecerán socializados en la restricción y no tendrán la sensación de que “les han quitado algo” como sí manifiestan algunos de sus padres.
- Además la percepción social del tabaco está cambiando: cada vez más fumar es un acto repudiado socialmente, la ley incide en este cambio de imagen, presionando hacia el abandono del tabaco. Consideran que en unos años la tendencia “normal” (general) de los adultos será fumar menos y los jóvenes lo harán también en menor medida.

La segunda opinión, en contra de estos razonamientos, apunta a un nuevo riesgo y es que los hijos y adolescentes no siempre imitan las actitudes de los adultos y en muchas ocasiones realizan justo lo contrario, en base al atractivo de lo prohibido o a la carga de rebeldía que ello comporta.

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

## “POLÍTICAS DE CONTROL DEL TABAQUISMO EN LA UNIÓN EUROPEA”

Javier Toledo Pallarés

Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón

### INTRODUCCIÓN

Las distintas Instituciones de la Unión Europea (UE) llevan más de 20 años trabajando en el control del tabaquismo. Este trabajo ha sido provechoso ya que las acciones propuestas desde 1986, independientemente de que sean o no de obligado cumplimiento, se han ido implantando, en mayor o menor medida, en los distintos Estados miembros. Y ello a pesar de que, por las propias limitaciones impuestas por el Tratado de la UE, las competencias en materia de Salud Pública de las Instituciones son escasas.

El Eurobarómetro sobre “Actitudes de los Europeos hacia el tabaco” (2007) refleja una **disminución** constante de la **prevalencia**

del **tabaquismo** en la UE<sup>1</sup> (Tabla 1). Evidentemente hay grandes diferencias entre los distintos Estados miembros que reflejan no solo hechos culturales relacionados con el consumo, sino las estrategias que cada país ha puesto en marcha para controlar la epidemia.

A pesar de los progresos logrados, el tabaquismo sigue siendo la **principal y mayor causa de fallecimientos y enfermedades evitables en UE**. En términos absolutos se

<sup>1</sup> Attitudes of Europeans towards Tobacco Eurobarometre. May 2007). Special Eurobarometer 272c Special. TNS Opinion & Social. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/ebs272c\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/ebs272c_en.pdf)

TABLA 1. Attitudes of Europeans towards Tobacco Eurobarometre (2007).

	2002	2005
FUMAN	40	33
NUNCA HAN FUMADO	42	46
HAN DEJADO DE FUMAR	18	21

Datos de UE-15 países.

estima que el tabaco es responsable de más de 650.000 muertes al año (casi 1800 personas al día) lo que representa 1 de cada 7 fallecimientos. Además el tabaco provoca que 13 millones de ciudadanos padezcan enfermedades crónicas graves y millones de personas ven agravadas sus enfermedades por respirar aire contaminado por humo de tabaco, causando la muerte de varias decenas de miles fumadores pasivos.

La responsabilidad de esta carga de enfermedad y muerte es, en última instancia, de la **industria tabaquera** que comercializa un producto que, aunque legal y desgraciadamente socialmente aceptado, es mortífero independientemente de cómo se presente o cómo se use<sup>2</sup>. El lobby tabaquero comunitario es muy potente y ello se ha visto reflejado en el desafío constante a las medidas de regulación. Sirva de ejemplo la anulación por los tribunales de la primera Directiva sobre Publicidad de los productos de tabaco de 1998 tras el desafío promovido por la industria tabaquera. Hubo que esperar cinco años para poder disponer de otra nueva. Otro ejemplo reciente de la capacidad de lobby de la industria ha sido la reciente contratación de Marianne Tritz, conocida parlamentaria ecologista y anti-nuclear, que ha pasado a ser relaciones públicas de la industria tabaquera alemana.

**El cultivo de tabaco tan sólo representa una pequeña parte de la actividad agrícola de la UE** (0,4 % del total) y manifiesta una tendencia a la baja siendo el quinto productor mundial (5,4% del total). Dicha producción presenta una concentración geográfica elevada, representando en algunas zonas más de un 50 % de la pro-

ducción agrícola. En cambio, la UE ocupa la primera posición en el comercio mundial de tabaco crudo y transformado, tanto en exportaciones como en importaciones.

El sector del tabaco da empleo en la UE a 212.960 trabajadores, pero la demanda de mano de obra para la producción de tabaco crudo es altamente estacional, y la proporción de personas empleadas a tiempo parcial es considerablemente elevada. La mano de obra familiar constituye aproximadamente un 80% de la mano de obra total.

El cultivo de tabaco en la UE es muy dependiente de la ayuda pública por lo que la reestructuración del sector puede presentar problemas de graves en zonas donde la producción de tabaco desempeña un papel económico y social de suma importancia. En ellas, la retirada de los trabajadores del sector podría provocar graves desequilibrios locales y fenómenos de éxodo rural si no se toman las medidas adecuadas para crear empleo fuera de las explotaciones.

El cultivo de tabaco es el que más ayudas recibe de Europa: 1.000 millones de euros anuales (2,3% del presupuesto de la PAC) en 2004. Las subvenciones de la PAC representan en promedio el 75% de los ingresos totales de los productores. Se decidió eliminar paulatinamente estas subvenciones para el año 2010 pero es un tema que se ha revisado atendiendo a las demandas de las regiones productoras<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> OMS. TABACO: mortífero en todas sus formas. Día Mundial Sin Tabaco 2006. Acceso 20.mayo.2008 [http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/wntd06booklet\\_ESP.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/wntd06booklet_ESP.pdf)

<sup>3</sup> Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Implantación de un modelo de agricultura sostenible en Europa a través de la PAC reformada –sectores del tabaco, el aceite de oliva, el algodón y el azúcar- {SEC(2003) 1022} {SEC(2003) 1023} Acceso 20.mayo.2008 [http://ec.europa.eu/agriculture/capreform/com554/554\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/agriculture/capreform/com554/554_es.pdf)

UE: una política global, pero con limitaciones, de control del tabaco.

Las instituciones comunitarias han venido actuando fundamentalmente en cuatro frentes:

- **Medidas legislativas.** Estas son la espina dorsal de las actividades comunitarias. A lo largo de los últimos 20 años se han desarrollado normas sobre publicidad, el producto, fiscalidad, advertencias sanitarias, espacios sin humo, etc.
- **Integración de las medidas de control del tabaco en otras políticas comunitarias,** fundamentalmente en la política agrícola, la fiscal y la de desarrollo.
- **Cooperación Internacional.** La UE es parte del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la organización mundial de la Salud (CMCT OMS)
- **Apoyo a las actividades de prevención** que se han desarrollado a través del Fondo para el Tabaco financiando redes paneuropeas y campañas de información y sensibilización.

## MEDIDAS LEGISLATIVAS

En el derecho comunitario existen distintos instrumentos jurídicos que en función de su alcance o necesidad de transposición se pueden simplificar en:

- El **reglamento:** obligatorio en todos sus elementos, es directamente aplicable en cada Estado miembro
- La **directiva:** obliga al Estado miembro en cuanto al resultado que deba obtenerse, exige una transposición al ordenamiento jurídico nacional y deja

cierta libertad en cuanto a la forma y los medios de su aplicación

- La **decisión:** obligatoria en todos sus elementos, vincula a los destinatarios a quienes designa expresamente
- La **recomendación** y el **dictamen:** no obligatorios, tienen carácter de declaración
- Otros **actos atípicos:** acuerdos interinstitucionales, resoluciones, conclusiones, comunicaciones, libros verdes y libros blancos.

Existen medidas que afectan a todas las posibles áreas de control del tabaco que, en función de las competencias de la UE y los Estados miembros, tienen o no carácter vinculante. Entre las medidas jurídicas **vinculantes** para los estados cabe destacar las desarrolladas en relación con la publicidad y el patrocinio, la estructura y los tipos del impuesto sobre labores del tabaco, la fabricación, presentación y venta y algunas en relación con la prohibición de fumar como medida de seguridad y la salud en el trabajo. Entre las medidas **no vinculantes** estarían aquellas que se dirigen, entre otras, las destinadas a restringir el acceso de jóvenes al tabaco o la prohibición de fumar en lugares públicos de carácter general. En todo caso, las resoluciones y recomendaciones, aunque no son jurídicamente obligatorias, sí obligan políticamente a los Estados miembros y van creando un clima de conocimiento de los problemas y de la necesidad de solucionarlos.

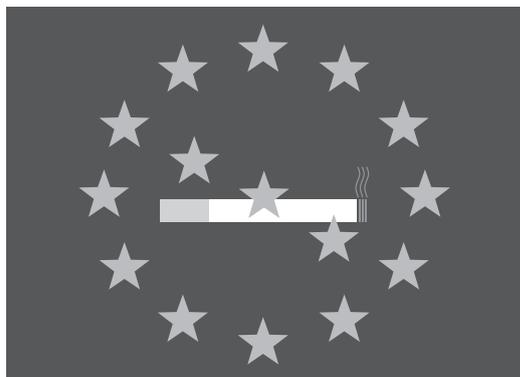
No existe una base legal fuerte en la UE para regular el tabaco desde la óptica de la Salud Pública. Esa carencia de base jurídica para actuar en asuntos de salud pública (como es el caso del control del tabaquismo) es la mayor dificultad para conseguir mayo-

res logros. El artículo 152.4.c) del Tratado de Ámsterdam (1997) especifica que el Consejo sólo podrá adoptar «medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana, con exclusión de cualquier armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros».

En consecuencia, las Directivas o Decisiones (carácter obligatorio) relacionadas con la lucha antitabáquica como medida de Salud Pública, ha de tener su base jurídica en otros artículos. Así, hasta la fecha, toda la legislación vinculante referente al etiquetado, publicidad y regulación de los productos se basa en la legislación sobre el mercado interior (artículo 95 del Tratado CE).

En todo caso, aunque la política de salud es competencia exclusiva de los Estados miembros (EEMM), la UE tiene la responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 152 del Tratado, de complementar las políticas de los EEMM para mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Ello incluye la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Calvete, A. Estrategia de salud de la Unión Europea: Salud Pública para las personas europeas. Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 273-281



Para dar cumplimiento a estas obligaciones, la Comisión Europea (CE) presentó el día 23 de octubre de 2007 el **Libro Blanco "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)"**<sup>5</sup>. Pero la estrategia sanitaria comunitaria se viene gestando desde hace bastante tiempo mediante diversos documentos que han ido prefigurándola, de manera que es fruto de un trabajo largo y continuado desarrollado desde los primeros años noventa.

Desde los primeros años 90, ha existido una continuidad en los aspectos fundamentales del Libro Blanco. Sirva de ejemplo las Resoluciones del Consejo de 8 de junio de 1999 y de 18 de noviembre de 1999. En ambas, el Consejo insiste en su petición de que se establezca un programa de salud pública único, horizontal e integrado. En la última se manejan conceptos como "estrategia", "salud en todas las políticas" y "programa de salud pública" casi diez años antes de la publicación del Libro Blanco.

En el nuevo **Tratado de Lisboa (2007)**<sup>6</sup>, aunque se explicita la necesidad de tomar "medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública en lo que se refiere al tabaco" no parece haber grandes cambios. La actual letra c) del artículo 152 pasa a ser el apartado «5» y se sustituye por el texto siguiente: «5. El Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, podrán

<sup>5</sup> Libro Blanco Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013) COM(2007) 630 final. Bruselas, 23.10.2007 [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_es.pdf)

<sup>6</sup> Tratado de Lisboa [http://europa.eu/lisbon\\_treaty/index\\_es.htm](http://europa.eu/lisbon_treaty/index_es.htm)

*adoptar también medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana y, en particular, a luchar contra las pandemias transfronterizas, así como medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública en lo que se refiere al **tabaco** y al consumo excesivo de alcohol, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros».*

### **Desarrollo de medidas legislativas**

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del que la UE es parte y el “Plan de medidas MPOWER: seis políticas para reducir y prevenir el Consumo de tabaco”<sup>7</sup> contemplan las medidas de probada eficacia en el control de la epidemia: **vigilar el consumo** y las políticas de prevención, **proteger** a la población frente al **humo** del tabaco, **ofrecer ayuda** para dejar el tabaco, **advertir** de los peligros del tabaco, **prohibir la publicidad**, promoción y patrocinio y elevar los **impuestos** al tabaco

La UE ha desarrollado, en mayor o menor medida y en función de sus competencias, acciones relacionadas con todas esas políticas. Cuando no ha sido competente en la materia ha realizado recomendaciones a los estados miembros para que lleven a cabo las acciones en su territorio. Estas actuaciones se exponen a continuación según un desarrollo histórico siguiendo como referencia el esquema propuesto por Calvete<sup>8</sup>.

El año **1986** podría considerarse el año en el que la UE comenzó su actividad contra el tabaco, si bien lo hizo en el marco de la prevención del cáncer antes de centrarse de forma concreta en el tabaco. Así, en la *Resolución 86/C184/05, relativa a un programa de acción contra el cáncer*, se contemplaban una serie de **acciones prioritarias**, entre las que se recogen la elaboración de normas dirigidas a limitar y a reducir el consumo de **tabaco**, relativas a la publicidad, al etiquetado, etc.

En **1989**, mediante la *Resolución 89/C189/01 del Consejo y de los Ministros de Sanidad, sobre la prohibición de fumar en lugares destinados al público* se invitaba a los Estados miembros a adoptar medidas tendentes a prohibir fumar en lugares cerrados destinados al público y todos los medios colectivos de transporte, a disponer en los establecimientos de espacios delimitados para los fumadores, y a garantizar que, en caso de conflicto y fuera de los espacios reservados a los fumadores, prevaleciera el derecho a la salud de los no fumadores.

También en el año **1989**, la *Directiva del Consejo 89/622/CEE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de etiquetado de los productos del tabaco*, comportaba entre otras medidas la **obligatoriedad de imprimir en las cajetillas de cigarrillos advertencias relativas a la salud** y las **menciones del contenido de alquitrán y nicotina**. Esta sería posteriormente modificada mediante la *Directiva 92/41/CEE* y la *Directiva 2001/37/CE*.

En **1990** se adoptó un plan de acción 1990-1994 en el marco del programa “Europa contra el cáncer” (90/238/Euratom, CECA, CEE *Plan de acción 1990-*

<sup>7</sup> WHO Report on the global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf).

<sup>8</sup> Calvete, A. Actividad de la Unión Europea en materia de lucha contra el tabaquismo. Rev. Esp. Salud Pública, 2005, vol.79, no.5, p.521-529. ISSN 1135-5727.

1994 en el marco del programa «*Europa contra el cáncer*»<sup>9</sup>. Este incluía un primer apartado destinado a la prevención del tabaquismo que contemplaba acciones relativas a: la prevención del tabaquismo entre grupos diana (jóvenes, mujeres, y profesionales docentes y sanitarios); acciones piloto para promover la formación en cesación tabáquica entre personal sanitario, acciones para prevenir el consumo de tabaco en la población en general y en los lugares de trabajo y la financiación de un estudio sobre las posibilidades de reconversión de los cultivos.

En 1990, la Directiva 90/239/CEE del Consejo, de 17 de mayo de 1990, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros respecto al contenido máximo de alquitrán de los cigarrillos regula por primera vez el **contenido máximo de alquitrán** que podrían tener los cigarrillos.

En 1998, se realiza un **primer intento de regulación de publicidad y patrocinio mediante** la Directiva 98/43/CE que tropezó con la oposición frontal de los Estados con legislación más permisiva sobre publicidad del tabaco y en los que el lobby de la industria tabaquera es muy potente. Fue anulada, a raíz de un recurso de Alemania, por el Tribunal de Justicia Europeo fundamentalmente porque la base jurídica en la que se apoyaba no era la adecuada. El Tribunal consideró que el objetivo de la Directiva no era la promoción

del establecimiento del mercado interior, sino, esencialmente, la protección de la salud pública, lo cual es, salvo raras excepciones y como se ha visto más arriba, competencia de los Estados miembros.

Un año más tarde, las **Conclusiones del Consejo de 18 de noviembre de 1999** en materia de lucha contra el consumo de tabaco, fueron **toda una declaración de intenciones** de lo que debería ser la política de la UE en materia de tabaco a partir de entonces. En ellas se subraya que el artículo 152 del Tratado estipula que al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana y que, por consiguiente, deberán tenerse en cuenta los peligros para la salud en todos los asuntos relacionados con el tabaco, incluidas las decisiones en el ámbito del mercado interior, la fiscalidad y la agricultura.

En las citadas conclusiones se destacó la importancia de **centrar los esfuerzos en actuaciones** de prevención del inicio, asistencia a los fumadores y protección contra la exposición al humo del tabaco. Resaltaba asimismo la importancia de la cooperación entre Estados miembros y la **cooperación internacional**, en particular con la OMS. Concedía ya especial importancia al que después sería el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), instando a los Estados miembros a apoyarlo activamente.

Por último, **se invitaba a la Comisión a proponer una Recomendación** que incluyera entre otras acciones: la protección frente a la exposición involuntaria al humo del tabaco en lugares públicos y en el lugar de trabajo, el uso efectivo los fondos disponibles para actividades preventivas procedentes del Fondo comunitario de tabaco, el desarrollo de iniciativas orientadas a la protección de los menores (nor-

<sup>9</sup> Decisión del Consejo y de los representantes de los Gobiernos de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo de 17 de mayo de 1990 por la que se adopta un plan de acción 1990-1994 en el marco del programa "Europa contra el cáncer" (90/238/Euratom, CECA, CEE) Diario Oficial nº L 137 de 30/05/1990 p. 0031 - 0035.

mas sobre la venta, las ventas por Internet y las máquinas expendedoras y medidas relacionadas con la fiscalidad del tabaco orientadas a la reducción del consumo y la prevención del contrabando.

Avanzando en el tiempo, en **2001**, se publica la Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de junio de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de **fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco**.

Esta Directiva conocida como la Directiva de Producto, es una refundición de la legislación comunitaria en este sector. Así, deroga las tres Directivas existentes sobre la materia: la Directiva 89/622/CEE relativa al etiquetado de los productos del tabaco y la prohibición de algunos tabacos de uso oral (modificada por la Directiva 92/41/CEE), y la Directiva 90/239/CEE relativa al contenido máximo de alquitrán de los cigarrillos.

La Directiva impone una reducción de los **límites máximos de contenido de alquitrán, nicotina y monóxido** de tal manera que desde el 1 de enero de 2004, los contenidos máximos son los siguientes: 10 mg por cigarrillo para el alquitrán, 1 mg por cigarrillo para la nicotina y 10 mg por cigarrillo para el monóxido de carbono.

En relación con las **advertencias sanitarias**, la Directiva regula dos tipos de advertencia obligatoria para los productos: una advertencia general (a elegir entre 4) y una advertencia adicional (de la que hay 14 tipos que deben rotar). Prohíbe el uso de términos como light o bajo en nicotina y alquitrán.

Al objeto de Identificación y **rastreabilidad** de los productos, la Directiva establece que

el lugar y el momento de fabricación del producto se identificarán mediante un número de lote o equivalente. Asimismo obliga a los fabricantes y los importadores a proporcionar una lista de **ingredientes, y una declaración sobre los motivos** de su utilización,

Asimismo prohibió la comercialización de **tabacos de uso oral** sin perjuicio de las disposiciones del artículo 151 del Acta de adhesión de Austria, Finlandia y Suecia, que prevé que pueda seguir comercializándose el tabaco de uso oral en Suecia.

En el año **2002** mediante la Decisión 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 se adoptó un nuevo programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) de carácter horizontal que sustituyó los ocho que hasta entonces se estaban llevando a cabo, entre los cuales, por ejemplo, estaba el plan de acción de lucha contra el cáncer<sup>7</sup>. Pero ello no significó que se olvidara la lucha antitabáquica; en el Anexo de la Decisión figura la siguiente medida: “3. *Fomentar la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre los factores determinantes de la salud a nivel de todas las políticas y actividades comunitarias: 3.1. Elaborando y poniendo en práctica estrategias y medidas, incluidas las relativas a una toma de conciencia por parte del público, referidas a los factores determinantes de la salud vinculados al modo de vida, como (...) el consumo de tabaco (...)*”

Ya en **2003**, la Recomendación 2003/54/CE del Consejo, relativa a la prevención del tabaquismo y a una serie de iniciativas destinadas a mejorar la lucha contra el tabaco, contempla que: se inste a los Estados miembros a que adopten disposiciones para **prevenir la venta** de productos de tabaco a **niños** y adolescen-

tes, se les anima a que adopten medidas dirigidas a **prohibir la publicidad y promoción** y a que adopten medidas para obligar a los fabricantes de productos del tabaco a que declaren los gastos que destinan a la publicidad, el marketing, el patrocinio y las campañas de promoción. Asimismo, se vuelve a instar a los Estados miembros a que adopten disposiciones legales para garantizar una **protección apropiada contra el tabaquismo pasivo** y se les hace un nuevo llamamiento para que refuercen los programas encaminados a disuadir de la **iniciación** al consumo y que adopten y apliquen medidas apropiadas en relación con el **precio**.

En mayo de ese mismo año, el fracaso que supuso la anulación de la directiva de Publicidad de 1998, se subsanó mediante a aprobación de la nueva **Directiva 2003/33/CE** del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de **publicidad y de patrocinio** de los productos del tabaco.

La **publicidad** de los productos del tabaco se prohibió de manera general en: los medios de comunicación impresos (prensa y otras publicaciones impresas en la UE), los servicios de la sociedad de la información y las emisiones de radio. Se prohibió el **patrocinio** en emisiones de radio o en manifestaciones internacionales por empresas cuyo objetivo sea promover los productos del tabaco y la distribución gratuita de productos del tabaco en el marco del patrocinio de dichas manifestaciones. Sin embargo, el patrocinio de acontecimientos o actividades que no tengan efectos transfronterizos no está cubierto por la Directiva.

De nuevo Alemania presentó un **recurso** solicitando al Tribunal de Justicia de las

Comunidades Europeas (TJCE) que se anularan los artículos 3 y 4 de la Directiva, En este caso, el TJCE decidió desestimar el recurso y condenar en costas a ese país.

Un informe publicado en mayo de 2008 sobre la aplicación de la Directiva de Publicidad mostraba que en general, las prohibiciones van más allá en los Estados habiéndose observado por el contrario un aumento de la **publicidad indirecta**. El informe revela asimismo que la **venta** de tabaco por **internet** (prohibida) es una forma de publicidad difícil de controlar y que existen **intentos de promover el tabaco** asociándolo de diversas maneras a acontecimientos, festivales, artistas famosos, etc. mediante colores, formas, logotipos sin su marca, emblemas, caracteres tipográficos, frases divertidas, etc. El informe considera difícil demostrar el patrocinio de **películas** y programas de TV por parte de la industria.

También en **2003**, la Decisión 2003/641/CE de la Comisión de 5 de septiembre de 2003 recoge las **normas sobre el empleo de fotografías en color u otras ilustraciones en envases de tabaco** para describir y explicar las consecuencias sobre la salud que tiene el hábito de fumar, previstas en la Directiva 2001/37/CE El empleo de esas imágenes no es obligatorio pero si un Estado miembro opta por ello, debe someterse a las normas que figuran en esta Decisión.

En **2004** se produjo la adhesión de la UE al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco mediante la Decisión del Consejo de 2 de junio de 2004 que autorizó a depositar el instrumento de aprobación o ratificación tal como está previsto en el Convenio.

Mediante la Decisión de la Comisión de 26 de mayo de **2005** de presentó la **biblioteca de documentos fuente** seleccionados,

que contienen **advertencias combinadas**. Estas consisten en una fotografía u otra ilustración y el correspondiente texto de las advertencias adicionales que figuran en el anexo I de la Directiva 2001/37/CE.

Bélgica fue el primer Estado miembro de la UE que introdujo advertencias combinadas, desde el 10 de junio de 2007. Otros países como Rumania, el Reino Unido, Finlandia y Letonia han previsto utilizarlas en breve<sup>10</sup>.

Transcurrido un tiempo prudencial tras la aprobación de la Directiva de producto, los

Estados miembros deseaban mayor claridad en relación con aspectos como la interpretación de los umbrales para las **pruebas relativas a los contenidos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono** y la **aprobación de laboratorios competentes** en la materia.

En ese sentido, se creó un Grupo de trabajo en el que participaban expertos de varios Estados miembros, que elaboró la guía práctica (no vinculante) *Cigarette yield measurement and some basic steps for laboratory approval* (Medición de los contenidos de los cigarrillos y algunas disposiciones básicas para la aprobación de los laboratorios), publicada por la Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores. En abril de 2007, la Comisión tras consultar a dicho Comité, optó por seguir utilizando el actual sistema de reglamentación del tabaco ISO hasta que hubiera pruebas concluyentes de que existían mejores métodos para sustituirlo.

<sup>10</sup> Informe de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo y al Comité Económico y Social Europeo Bruselas, 27.11.2007 COM(2007)754 final. Segundo informe relativo a la aplicación de la Directiva sobre productos del tabaco. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_products\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_products_es.pdf)

### Fumar acorta la vida



### Fumar puede ser causa de una muerte lenta y dolorosa



Respecto a los **laboratorios**, la Comisión se ha comprometido a promover la cooperación entre los laboratorios independientes del tabaco comunitarios con el fin de crear la base que permita efectuar la evaluación y el análisis compartidos de los ingredientes del tabaco o las emisiones de humo<sup>10</sup>.

### **Políticas sobre espacios sin humo**

Tras este recorrido histórico de algunas de las regulaciones en materia de tabaco merece la pena ahondar en uno de los pilares clave del control del tabaco como son las **políticas sobre espacios sin humo**, cuestión que se ha abordado en resoluciones y recomendaciones no vinculantes así como en varias directivas sobre salud y seguridad en el trabajo que si tienen carácter vinculante.

El alcance y las características de las normativas en esta materia varían ampliamente en los distintos Estados miembros. Desde que en Irlanda (1994) se prohibió fumar en todos los lugares de trabajo, incluyendo entre estos últimos los bares y restaurantes, el desarrollo de normativas en ese ámbito en otros Estados miembros ha sido exponencial pero muy desigual. En enero de 2007 se publicó el **Libro Verde "Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE"** cuyo objetivo era poner en marcha una amplia consulta pública sobre la mejor manera de promover entornos sin humo en la Unión Europea. Es posible que, aunque pudiera parecer un contrasentido, la solución a este problema provenga de las Instituciones europeas<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Libro Verde "Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE" [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/gp\\_smoke\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_es.pdf)

En el Libro Verde se examinaban las repercusiones económicas y sobre la salud del tabaquismo pasivo, el apoyo público a la prohibición de fumar y las medidas tomadas hasta ahora a nivel nacional y de la UE. Asimismo se analizan las ventajas y las desventajas de medidas de diferente alcance (incluida la prohibición total de fumar en todos los lugares públicos cerrados y diferentes tipos de exenciones especialmente para restaurantes y bares) y se procedía a consultar sobre las posibles acciones legislativas a adoptar desde la UE.

La consulta se cerró el 1 de junio de 2007 tras recibir más de 300 respuestas, tanto de instituciones como de asociaciones o individuos. En el Informe de seguimiento<sup>12</sup> publicado en noviembre de 2007 se señalaba que la mayoría de los encuestados comparten la opinión de la Comisión de que sólo una completa prohibición de fumar en todos los lugares de trabajo cerrados y lugares públicos, con un mínimo de exenciones por motivos humanitarios, puede proteger adecuadamente la salud de los ciudadanos y los trabajadores. Por supuesto la industria tabaquera y sectores aliados respondieron en los términos habituales oponiéndose a esas medidas.

<sup>12</sup> Report on the Green Paper Consultation Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level. DG Health and Consumer Protection Directorate C - Public Health and Risk Assessment C6 - Health Measures. Nov 2007. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/smoke\\_free\\_frep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/smoke_free_frep_en.pdf)

El 24 de octubre de 2007, el **Parlamento Europeo**, dio su visto bueno<sup>13</sup> al Libro Verde. En su dictamen **tomó en consideración, entre otras cuestiones**, que se ha comprobado que **la exposición al humo de tabaco aumenta considerablemente el riesgo de cáncer pulmonar** (incidiendo de forma especial en los trabajadores de los locales de restauración en los que está permitido fumar), que **sólo una prohibición generalizada** de fumar en todos los lugares de trabajo cerrados, **incluidos los del sector gastronómico, puede proteger la salud de los trabajadores** y de los no fumadores, que con ello se facilita considerablemente a los fumadores el dejar de fumar y que en los países en los que se ha introducido una **prohibición generalizada no se observa un descenso del volumen de negocios del sector gastronómico**.

Merece la pena también destacar, por su relevancia, que en esa misma resolución el Parlamento Europeo **renueva la exigencia** formulada a la Comisión de que **clasifique** lo antes posible **el humo de tabaco** en el medio ambiente como **agente cancerígeno** de primera clase, a fin de incluir el humo de tabaco en el medio ambiente en el ámbito de aplicación de la **Directiva 2004/37/CE** relativa a los agentes carcinógenos y mutágenos. Asimismo pide a la Comisión que se **obligue a todos los empleadores a asegurarse de que el lugar de trabajo está libre de humo de tabaco** e insta a los Estados miembros a que, en el plazo de

dos años, establezcan la **prohibición absoluta de fumar en todos los lugares de trabajo cerrados, incluidos los locales de restauración**, así como en todos los edificios y medios de transporte públicos cerrados de la Unión Europea.

## **INTEGRACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO EN OTRAS POLÍTICAS COMUNITARIAS**

El Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea establece que se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad (**Artículo 152**). En este sentido se considera esencial integrar el control del tabaco en una serie de políticas comunitarias como son la política **fiscal** control del **contrabando**, la **agrícola** y la de **desarrollo**.

### **Política Fiscal**

En este ámbito, el marco comunitario contempla una estructura común (definiciones de productos y formas impositivas) para los **impuestos especiales** sobre los productos del tabaco y unas tasas mínimas, por encima del cual los Estados miembros tienen libertad para fijar los tipos nacionales a los niveles que consideren apropiados de acuerdo a sus propias circunstancias nacionales.

La Directiva 92/79/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aproximación de los impuestos sobre los cigarrillos estableció impuestos mínimos sobre el consumo de cigarrillos: un impuesto especial específico por unidad de producto, un impuesto especial proporcional calculado sobre el precio máximo de venta al por menor y un IVA proporcional al precio de venta al por menor.

<sup>13</sup> Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de octubre de 2007, sobre el Libro Verde “Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE” (2007/2105(INII)) <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2007-0336+0+DOC+XML+V0//ES>

La Directiva 92/79/CEE fue modificada por la Directiva 1999/81/CE y posteriormente por la Directiva 2002/10/CE al objeto de reducir las diferencias considerables que siguen existiendo entre los Estados miembros en lo que se refiere a la fiscalidad de los productos del tabaco. Mediante una mayor armonización de los tipos impositivos aplicados por los Estados miembros, contribuye a que retrocedan el fraude y el contrabando en la Comunidad.

En **marzo de 2007** la Comisión Europea lanzó una **consulta pública** sobre la posible **modificación de la estructura y los tipos del impuesto** especial sobre los cigarrillos y otras labores del tabaco. A tal efecto la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo se manifestó partidaria (en una nota interna de mayo de 2007) a apoyar las medidas sugeridas en la consulta que impliquen una subida de los tipos impositivos y una homogeneización de los mismos en los distintos países al objeto de evitar acciones de comercio ilícito y para disminuir el consumo. La consulta se cerró en julio de 2007, pero en el momento de redactar esta ponencia no se había publicado informe.

En relación con la política fiscal, La CE ha actuado también de forma efectiva en la lucha contra el **contrabando** de tabaco. Esas medidas han logrado reducirlo en los Estados miembros, cuyo ejemplo más espectacular es España, donde entre 1995 y 2002, el porcentaje de cigarrillos de contrabando en el mercado cayó de un 16% a un 2%.

### **Política agrícola**

Esta área es sin duda una de las más complicadas a la hora de integrar las políticas de control del tabaco en otras políticas. El

Consejo Europeo<sup>14</sup> de 15 y 16 de junio de 2001, en el contexto de la estrategia de **desarrollo sostenible** de la UE, mostraba sus dudas acerca de la justificación social de los pagos relacionados con la producción de tabaco, al existir una contradicción aparente entre esas ayudas y la preocupación por la salud pública relacionada con el consumo de tabaco. Se puso en duda la viabilidad a largo plazo del cultivo de tabaco como actividad económica. No obstante, según señala el documento, los presentes eran plenamente conscientes de que, para evitar la crisis social en las zonas rurales muy dependientes del cultivo de tabaco, la introducción de una importante reforma requeriría fuentes alternativas de ingresos para los productores de tabaco y las regiones en que predomina ese cultivo.

En 2004 se decidió la **eliminación paulatina de los incentivos** al cultivo de tabaco. A partir de 2010 no se concederán más ayudas vinculadas a la producción de tabaco crudo. Una vez finalizado el año 2010, se dispondrá de 484 millones de euros, como ayuda comunitaria adicional, para la aplicación de medidas a favor de las regiones productoras de tabaco en el marco de programas de desarrollo rural.

Las regiones productoras han presionado para que se alarguen las ayudas. A tal efecto el Parlamento Europeo (mayo 2008) aprobó una resolución de carácter no vinculante para la Comisión Europea, la cual debe decidir en los próximos meses el sistema de ayudas que se aplicará a

<sup>14</sup> Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo: Implantación de un modelo de agricultura sostenible en Europa a través de la PAC reformada – sectores del tabaco, el aceite de oliva, el algodón y el azúcar– {SEC(2003) 1022} {SEC(2003) 1023} [http://ec.europa.eu/agriculture/capreform/com554/554\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/agriculture/capreform/com554/554_es.pdf)

este cultivo a partir del 2010. Su valor es únicamente político. El pleno del Parlamento Europeo (PE) propone que las ayudas comunitarias al cultivo de tabaco se mantengan como ahora hasta 2013, y que la financiación de campañas contra el tabaquismo se amplíe hasta la misma fecha<sup>15</sup>.

## LIDERAZGO INTERNACIONAL DE LA UE EN MATERIA DE TABAQUISMO

El vigente Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (artículo 152, apartado 3) recoge que *“La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la **cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública**”*.

El reforzamiento del papel de la UE en el ámbito de la salud a nivel mundial constituye el 4º de los Principios Fundamentales de la acción comunitaria en materia de salud<sup>5</sup> recogidos en el Libro Blanco Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013): *“En el mundo globalizado las **cuestiones sanitarias a escala mundial** tienen repercusiones en la política interior de la Comunidad en el ámbito de la salud y viceversa”*.

En el Libro Blanco se estipula que *“la contribución de la UE a la salud en el mundo requiere la interacción de ámbitos de acción como la salud, la **cooperación al desarrollo**, la acción exterior, la investigación y el comercio. Una **coordinación reforzada en materia de salud con organizaciones internacionales como la OMS y otras agencias pertinentes de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, la Organiza-***

*ción Internacional del Trabajo, la OCDE y el Consejo de Europa, así como con otros socios y países estratégicos, permitirá asimismo reforzar la voz de la UE sobre la salud en el mundo y ampliar su influencia y visibilidad para ponerlas a la altura de su peso político y económico”*.

Reconociendo que en el mundo globalizado de hoy es difícil separar las acciones nacionales y/o comunitarias de la política mundial, la CE puede contribuir a la salud en el mundo compartiendo sus valores, su experiencia y su savoir faire y tomando medidas concretas de promoción de la salud. La acción puede respaldar los esfuerzos desplegados para asegurar la coherencia entre sus políticas sanitarias interiores y exteriores en la consecución de los objetivos sanitarios a escala mundial, para considerar la salud como un elemento importante de la lucha contra la pobreza a través de los aspectos relacionados con la salud de la cooperación al desarrollo con los países de renta baja, para responder a las amenazas sanitarias en países terceros y para fomentar la aplicación de acuerdos internacionales en el ámbito de la salud como el **Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)**<sup>16</sup> de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

El CMCT es el primer tratado internacional relacionado con la salud pública, que reconoce el daño que pueden producir los productos del tabaco y las empresas que los producen. El Tratado establece fines y **principios legalmente vinculantes** que tienen que cumplir los países o las organizaciones de integración económica, tales como la Comunidad Europea (conocidas como partes),

<sup>15</sup> [http://actualidad.terra.es/nacional/articulo/parlamento\\_europeo\\_mantener\\_ayudas\\_tabaco\\_2487244.htm](http://actualidad.terra.es/nacional/articulo/parlamento_europeo_mantener_ayudas_tabaco_2487244.htm)

<sup>16</sup> Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.  
<http://www.who.int/fctc/es/index.html>

que ratificaron dicho Tratado consintiendo así en su aplicación.

La UE está representada por la Comisión Europea, la cual representa a los Estados miembros en aquellas áreas de política incluidas en los Tratados de la UE: salud pública (Artículo 152), comercio internacional (Artículo 133) y mercado interior (Artículo 95). Cabe destacar que la UE ya ha promulgado una legislación vinculante en muchas de las áreas cubiertas por el CMCT. El hecho de ser parte del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es una muestra del liderazgo internacional que la UE puede ejercer en las políticas globales de control del tabaco de la UE.

## APOYO A LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN

El apoyo a las actividades de prevención y control es otro de los pilares básicos de la política de control del tabaco en la UE. Estas actividades se han centrado fundamentalmente en el apoyo financiero a **Redes de prevención** y en el desarrollo de **campañas** dirigidas fundamentalmente a jóvenes.

Las actividades de prevención se financian fundamentalmente a expensas del **Fondo comunitario del tabaco**. El Fondo fue creado en 1992 mediante el Reglamento (CEE) N° 2075/92. El fondo se financiaba a partir de un porcentaje de lo destinado a las subvenciones al cultivo que al principio era del 1%. Este fondo tenía una doble vertiente; por un lado financiar y coordinar programas de prevención del tabaquismo (mejorar los conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaco y sobre las medidas adecuadas de prevención y de curación) y por otro lado de Investigación en el sentido de orientar la producción comunitaria hacia variedades y calidades de tabaco menos nocivas.

Evidentemente este **doble objetivo** era, como poco, polémico: por un lado se promueven acciones contra el tabaco, pero por otro se promueve el cultivo de esta planta que ha sido desde siempre uno de los más protegidos y subsidiados.

En 2002, la vertiente relativa a la investigación fue sustituida por acciones de reconversión de productores de tabaco en hoja que hubieran abandonado el sector y se amplió la vertiente relativa a la información. En 2004 se dispuso la eliminación gradual de las subvenciones al tabaco entre 2006 y 2010 y que el Fondo del Tabaco solo hasta el final de 2007.

Los programas de información financiados por el Fondo tienen por objeto mejorar el conocimiento de los ciudadanos sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y se dispuso que deberían destinarse a proyectos relativos a la información y a la educación, la recogida de datos y otros estudios.

En febrero de 2008 La Comisión Europea propuso **prorrogar el Fondo** Comunitario del Tabaco hasta 2009, argumentando que *"parece útil seguir destinando parte del dinero a financiar iniciativas de prevención mientras se desmontan las ayudas a la producción"*. El Fondo alcanzaría el 5% del presupuesto asignado a las subvenciones al tabaco en 2008 y 2009. El límite máximo actual de las ayudas al tabaco asciende a 337,9 millones de euros, de manera que el importe máximo que se puede transferir cada año al Fondo se eleva a 16,9 millones de euros<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> La Comisión propone seguir financiando el Fondo Comunitario del Tabaco para sufragar la concienciación sobre los peligros del tabaco. <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/08/178&format=HTML&aged=1&language=ES&guiLanguage=es>

El 20 de mayo de 2008. El PE propone el a la Comisión (aprobación del informe Berlato<sup>18</sup>) que el Fondo del tabaco se prolongue hasta 2012 y que las ayudas a la producción se prolonguen hasta 2012. La propuesta conllevaría que el importe fuera del 5% de las ayudas de 2006 a 2008 y del 6% de 2009-2012 (81 millones €).

Dos **redes paneuropeas** destacan en este campo: la Red Europea para la Prevención del Tabaquismo y la Red Europea sobre Tabaco y Jóvenes:

- La **Red Europea para la Prevención del Tabaquismo**<sup>19</sup>: (European Network for Smoking Prevention ENSP) comenzó su andadura en 1997. Su misión es desarrollar una estrategia tendiente a una acción coordinada entre las organizaciones que participan activamente en el control del consumo de tabaco en Europa, mediante el intercambio de información y experiencias y a través de actividades e investigación coordinadas. Su objetivo es el promover políticas globales de control del tabaquismo a escala regional, nacional y europea. Está formada por 28 coaliciones nacionales representando, a 600 organizaciones, de la UE más Noruega, Islandia, Suiza.

- La **Red Europea sobre Tabaco y Jóvenes** (European Network on young people and Tobacco, ENYPAT) era una red de especialistas en el control del tabaco y jóvenes (2.000 miembros) cofinanciada por el Instituto de Salud Pública de Finlandia (KTL) y UE. Cesó su actividad en julio de 2006 por falta de financiación. Su objetivo era el prevenir el uso por jóvenes a escala UE. Se llevaron a cabo acciones en todos los Estados de la UE (500.000 jóvenes beneficiados). Entre sus actividades destacaban el desarrollo de herramientas y métodos para el control, la edición de un boletín bilingüe, acciones de prevención en el ámbito educativo (Clases sin humo) el desarrollo de una página web, informes etc. Entre sus acciones formativas destacó el desarrollo de la “Escuela de primavera ENYPAT” que formó alrededor de 300 especialistas en sus cinco años de edición.

Entre las acciones financiadas con el Fondo del tabaco a nivel paneuropeo destacan, por su volumen de inversión y alcance, las sucesivas **campañas dirigidas a los jóvenes**. Estas campañas se han desarrollado fundamentalmente en medios de comunicación e Internet pero han contado también con actos multitudinarios en los distintos países.

La primera campaña, «Feel Free to Say No» (Atrévete a decir no), se llevó a cabo entre 2002 y 2004 y permitió entablar más de 1.000 millones de contactos con jóvenes de toda la UE. «HELP» es la segunda gran campaña antitabaco organizada por la Comisión en todo el territorio de la Unión Europea. «HELP» se articula en torno a tres elementos: una campaña itinerante y de relaciones públicas, una campaña publicitaria y un

<sup>18</sup> Resolución legislativa del Parlamento Europeo, de 20 de mayo de 2008, sobre la propuesta de Reglamento del Consejo que modifica el Reglamento (CE) n° 1782/2003 en lo que atañe a la transferencia de la ayuda al tabaco al Fondo Comunitario del Tabaco en los años 2008 y 2009 y el Reglamento (CE) n° 1234/2007 con respecto a la financiación del Fondo Comunitario del Tabaco (COM(2008)0051 – C6-0062/2008 – 2008/0020(CNS))

<sup>19</sup> European Network for Smoking Prevention [www.ensp.org](http://www.ensp.org)

sitio web en el que se ofrecen consejos para dejar de fumar y otros materiales interactivos<sup>20</sup>.

En el marco de la campaña Help se creó recientemente la Campaña «Nicomarket» que en un tono de humor y mediante el empleo de productos imaginarios a base de nicotina intenta que los jóvenes (y no jóvenes) reaccionen en contra del tabaco<sup>21</sup>.

Para el lector interesado, dos referencias para ampliar información sobre las políticas de control del tabaquismo de la UE son el Informe "Tabaco o salud en la UE"

(Oct 2004)<sup>22</sup> y la página web sobre tabaco de la DG de Sanidad y Protección de los Consumidores de la UE de la que se ha obtenido buena parte de información para redactar esta ponencia<sup>23</sup>.

### Retos para el futuro

A pesar de los logros alcanzados en el control del tabaco en la UE, todavía quedan muchos retos por acometer tanto en el ámbito de las políticas cuya competencia es de las Instituciones Europeas como de las de los Estados miembros. La reciente

<sup>20</sup> Campaña HELP. Por una vida sin tabaco. Comisión Europea <http://es.help-eu.com>

<sup>21</sup> <http://www.nicomarket.com/es>

<sup>22</sup> Tobacco or health in the European Union past, present and future. The Aspect Consortium [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_exs\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_exs_es.pdf)

<sup>23</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/tobacco\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_es.htm)

The screenshot shows the Nicomarket website interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'Información legal' and 'Contacto'. The main header features the 'nicomarket' logo and a language selector set to 'ES - España'. Below the header, there are navigation links: 'Presentación', 'Todos los productos', 'Videos', 'Mi cesta', 'Enviar a un amigo', and 'Lista de distribución'. The main content area is divided into several promotional banners:

- Smoke by nico:** '¿Alguna vez has deseado que los hombres caigan rendidos a tus pies? Presentamos "Smoke", el nuevo perfume de Nico. 99€99. Includes buttons for 'Saber más' and 'Ver el video'.
- nicomarket CALM:** '¿Las erecciones inoportunas te fastidian la vida? ¿Te impiden dormir, te hacen perder la concentración, molestan a tu pareja? ¿Y estás harto de ese antiestético bulto en los pantalones? 99€99. Includes buttons for 'Saber más' and 'Ver el video'.
- nicomarket WEAR:** '¿Llevas una vida intensa y activa, pero quieres mantenerte fresco y elegante en todo momento? Totalmente NUEVO. Includes buttons for 'Saber más' and 'Ver el video'.
- Right side promotion:** 'Haz girar la rueda y pierde hasta 10.000 euros. Juega ahora. Includes a 'Ver el video' button and an image of a roulette wheel.

At the bottom of the page, there are links for 'Información legal' and 'Contacto'.

incorporación de algunos estados ha supuesto que se incrementen algunas brechas importantes tanto en los niveles de prevalencia de la epidemia tabáquica como en el tipo de políticas de control de cada uno de esos estados.

Se deberían facilitar los mecanismos administrativos y legislativos necesarios para llevar a una aproximación de aquellas políticas que han demostrado ser más eficaces y que presentan una mayor variabilidad en el conjunto de la UE (impuestos/precios, espacios sin humo, publicidad, etc.)

Se deberían redoblar los esfuerzos en llegar a poblaciones de riesgo, tanto en el ámbito de la prevención como de la asistencia. Esta última es la gran olvidada en la mayoría de los países. Es una paradoja el que la causa de enfermedad y muerte evitable más importante que existe en nuestro entorno reciba muy pocos recursos para el tratamiento.

Es necesario que todos los países adopten las advertencias sanitarias con imágenes (ya aprobadas pero no obligatorias). Quizás ello sea el paso previo a un futuro empaquetado genérico que solo conlleve la marca como elemento diferenciador.

En el proceso de eliminación de ayudas al cultivo debe prestarse una especial atención a las ayudas al desarrollo y la reconversión

de las zonas cultivadoras al objeto de no crear desequilibrios sociales en ellas.

Es asimismo imprescindible una revisión de los procesos administrativos y de control al que son sometidos los proyectos y campañas preventivas financiadas con fondos de la UE al objeto de facilitar la labor de las organizaciones que gestionan dichas acciones.

La UE puede aumentar su nivel de participación en el ámbito internacional, tanto interno como externo. El actual reto que supone el desarrollo del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, del que la UE es parte, debe suponer un acicate para esa colaboración en la esfera internacional y la mejora de las acciones internas.

Pero para llevar a cabo todo ello, además de aumentar la financiación, tanto por parte de las instituciones europeas como de los países miembros, hace falta un compromiso político en todos los niveles que no ceda a la poderosa capacidad de presión de la industria tabaquera.

A pesar de los años transcurridos esta cita de Sir George Young (1981) sigue estando de plena actualidad: *“La solución para muchos de los problemas de salud de hoy no se encontrará en los laboratorios de investigación de nuestros hospitales, sino en nuestros parlamentos”*.

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

# 6

## EL ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL TABAQUISMO

Mercedes Esparcia Moreno  
*Psicóloga Clínica - UCA. Albacete*

El modelo que subyace al tratamiento psicológico es que fumar es una conducta que se explica, al conjugar, por un lado, factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; por otro, factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos; y en tercer lugar, por la dependencia fisiológica de la nicotina. Y la consideración de todos y cada uno de estos aspectos es necesario para el abandono de los cigarrillos y para que el paciente se mantenga abstinentemente a corto, medio y largo plazo.

En la actualidad existen diferentes abordajes para que los fumadores dejen de serlo:

- Convencerlos para que **dejen de fumar por sí mismos** (mensajes en los medios de comunicación, campañas públicas informativas, restricción del consumo...)
- Intervenir mediante el “**consejo**” (médico, farmacéutico o de enfermería) se presenta como fundamental.
- Proporcionar al fumador **procedimientos de autoayuda** de tipo psicológico, mediante manuales, folletos, etc.

- Que el propio médico, **desde Atención Primaria**, sea el que le sugiera el abandono del tabaco con ayuda farmacológica.
- **Acudir a un tratamiento especializado**, indicado especialmente para dependencias moderadas o graves, donde la elección sería un tratamiento psicológico o una combinación de éste con apoyo farmacológico.
- **Tratamiento especializado** para tratar la dependencia a la nicotina y la comorbilidad psiquiátrica.

A la vista está la innegable importancia que adquiere la psicología, las estrategias psicológicas, a la hora de abordar el tabaquismo.

El tratamiento psicológico de personas con dependencia a la nicotina no es nuevo. Su aplicación comenzó hace ya 40 años, y desde entonces el revisionismo en las técnicas utilizadas ha sido bastante amplio. En los años 60, básicamente, las técnicas surgen en torno a la modificación de conducta, lo que se mantiene también en la siguiente década. El gran salto en su evo-

lución se da en los años 80 y en los 90, años en los que se desarrollan de sobremanera los tratamientos psicológicos. Esto nos ha permitido en la actualidad disponer de un abanico de tratamientos de elección con los que sabemos que podemos obtener los mejores niveles de eficacia. Dentro de esta evolución, un hecho es especialmente reseñable: la aparición y desarrollo de tratamientos farmacológicos y su combinación con los psicológicos, dada la necesidad de abordar y manejar aspectos tan importantes como la *motivación para el cambio y prevención de recaídas*.

Dentro de la revisión de técnicas de tratamiento que podríamos realizar se encuentran las siguientes:

- **Los procedimientos aversivos:** Implican aparear *fumar* con un *estímulo desagradable*. El objetivo básico de la aversión es establecer una respuesta condicionada negativa a los cigarrillos. De este modo los aspectos positivos de fumar se tornan negativos. Destacan entre estas técnicas el fumar rápido, la saciación y la técnica de retener el humo. Estas técnicas, ahora en desuso, pero de gran aplicación en los 70, obtuvieron buenos resultados, aunque, lo desagradable del procedimiento y el cribaje médico necesario limitaron su interés de aplicabilidad. No obstante, en momentos determinados, puede ser útil su elección. De hecho, la Asociación de Psiquiatría Americana recomienda la técnica del fumar rápido como componente de la terapia de dejar de fumar.
- **Técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.** RGLNA (Fox y Brown.1979). Esta técnica implica una reducción mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos. Su facilidad de aplicación y su carencia

de efectos secundarios hace que sea de las más utilizadas, sobre todo dentro de un programa multi-componente, donde ha mostrado su eficacia.

- Otra línea de intervención e investigación muy interesante es aquella que contempla **la importancia de todos los estímulos asociados a la conducta de fumar**. Una vez que se deja de fumar eventualmente, la presencia de estos estímulos, o el hecho de pensar en ellos, podría provocar una respuesta condicionada de abstinencia (deseo y/o querencia de la droga). Hay trabajos, como el de Abrams (1986), que indica que el fenómeno de la reactividad condicionada a esas señales asociadas con la conducta de fumar pueden ser un importante predictor de las recaídas. Desde la psicología del aprendizaje, si esas señales que gobiernan la conducta de fumar se debilitan o se extinguen, dejar de fumar sería mucho más fácil.

Hay autores que indican que las técnicas cuyo objetivo es la extinción, pueden ser prometedoras utilizándolas como estrategias de preparación de dejar de fumar. En esta línea nos encontramos *técnicas de exposición, extinción y control de estímulos*, que suelen formar parte de los actuales programas multi-componentes donde han demostrado ser de gran utilidad, no así cuando se realizan aisladamente.

- **Entrenamiento en estrategias de afrontamiento.** Las investigaciones señalan, y así lo he podido constatar en mi observación clínica, que aquellas personas que afrontan activamente los deseos de fumar, tienen más éxito en resistir las recaídas. Shiffman, en sus trabajos, ha encontrado que una combinación de respuestas de afronta-

miento conductuales y cognitivas proporcionan una mayor protección en los momentos de deseo.

- En los últimos años están aumentando **los programas multi-componentes** (varias técnicas o componentes de intervención), y posiblemente sean los más utilizados. En éstos, el grado de complejidad no es lo definitorio. Los programas multi-componentes tienen tres fases:

a) *Preparación para dejar de fumar.* El objetivo fundamental es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de dejar de fumar. También es importante en esta fase trabajar para aumentar la concienciación y conocimiento de la propia conducta de fumar. Para ello se pueden utilizar **registros** (cantidad, antecedentes, consecuencias...); se fija la fecha en la que el fumador va a dejar de fumar; y por último se le entrena en estrategias de automanejo y autocontrol (identificación de los estímulos que originan la conducta de fumar, conductas alternativas, entrenamiento en manejo del estrés...)

b) *Abandono de los cigarrillos.* Se aplica cualquiera de las técnicas que haya demostrado ser eficaz.

c) *Mantenimiento de la abstinencia.* El objetivo es mantener la abstinencia y trabajar para su mantenimiento a largo plazo. Para ello, se entrena al paciente en estrategias de afrontamiento, manejo de deseo, identificación de síntomas de alto riesgo, e incluso, búsqueda de apoyo familiar y social.

- Cerramos esta revisión con **la prevención de recaídas** (Marlatt y Gordon). Es, básicamente, un programa de autocontrol cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia

de caídas y, que un posible "desliz", ocurrido después de un periodo de abstinencia, se convierta en una recaída. Cuando se realiza un trabajo en prevención de recaídas, aumenta la probabilidad de abstinencia continuada

Se pueden distinguir tres tipos de estrategias de intervención: entrenamiento en destrezas (respuestas de afrontamiento en síntomas de alto riesgo, tanto cognitivas como comportamentales); entrenamiento en cogniciones alternativas (creencias erróneas y pensamientos característicos de la dependencia psicológica); estrategias de intervención en el estilo de vida (ejercicio físico, relajación, hábitos saludables...).

Este procedimiento se ha introducido como una parte más, tanto en los tratamientos psicológicos, como en los farmacológicos. A pesar de ello, como cualquier conducta adictiva, la recaída suele ser habitual, de ahí que controlar la misma es una parte esencial del tratamiento.

Sabemos que las recaídas se producen por tres causas principales: los estados emocionales negativos de la persona (40%); las presiones sociales encaminadas a fumar (20%) y la mejora de los estados emocionales negativos en situaciones interpersonales (17%). Conocer estas causas es prioritario para hacerle frente y procurar evitarlas, aunque no podemos negar que, en la práctica es difícil.

En los próximos años será necesario prestar especial atención a este aspecto, seguir avanzando en esta línea.

Un aspecto esencial en el tratamiento del tabaquismo es conocer cómo se realiza

el **proceso de cambio** en las conductas adictivas.

Este proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia de etapas, a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras consideran, inician y mantienen el cambio de comportamientos nuevos. El modelo surge tras examinar 18 teorías psicológicas acerca de cómo ocurre el cambio dentro de un marco biopsicosocial, para entender la adicción, y describe las etapas por las que va pasando el fumador con, y sin, ayuda profesional..

Es un modelo tridimensional que integra estadios, procesos y niveles de cambio:

- *Precontemplación*. El adicto no se plantea cambiar su conducta ya que no es consciente de que dicha conducta represente un problema. Los aspectos gratificantes que se obtienen de la conducta adictiva son superiores a los aversivos. Así, si acuden a tratamiento, no lo hacen por motivación personal sino presionados por los demás.
- *Contemplación*. El adicto es consciente de que tiene un problema y considera, seriamente, la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, aunque no ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Los aspectos gratificantes comienzan a igualarse a los aversivos.
- *Preparación para la acción*. El adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, realizando algunos pequeños cambios conductuales.
- *Acción*. El adicto cambia su conducta con o sin ayuda profesional. Este cambio requiere un compromiso importante, así como una considerable cantidad

de tiempo y energía. Representa los cambios conductuales más manifiestos, por lo que hay un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.

- *Mantenimiento*. El individuo intenta conservar y consolidar los logros obtenidos en el estadio anterior, y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. El adicto tiene que mantener una continuación activa del cambio.
- *Recaída*. Ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. Puede darse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Aquí, después de un "desliz" o "caída" se produce el llamado efecto EVA (efecto de violación de la abstinencia), que afecta fundamentalmente al sentido de autoeficacia de la persona, por lo que si no se actúa rápidamente, la recaída puede ser irremediable.

Prochaska, Diclemente y Norcross (1992), refieren que, aproximadamente un 15% de fumadores recaídos, retroceden hasta el estadio de precontemplación, mientras que la gran mayoría regresa a los de contemplación y preparación.

- Por último, los autores han especulado sobre la existencia de un estadio que pondría fin al proceso de cambio. Se trata del de *finalización*.

Se caracteriza por la total extinción de la conducta adictiva y en el que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supone ningún esfuerzo significativo extra de tiempo o energía. Belice, Prochaska, Rossi y Snow, en 1992, definen operativamente el estadio. Para ellos, el deseo de droga es en cualquier

situación nulo, y la confianza o seguridad (autoeficacia) en no consumir es del 100 %. Para la dependencia a la nicotina equiparan finalización igual a 5 años de abstinencia mantenida

Una variable fundamental para el tratamiento del tabaquismo es conocer la motivación para el cambio del fumador. Sobre esto, una novedosa estrategia terapéutica, que ha demostrado ser de gran utilidad en el abordaje del tabaquismo, es la **entrevista motivacional** (Miller y Rollnick).

La investigación ha demostrado que los acercamientos para aumentar la motivación están asociados con una mayor participación en el tratamiento y con resultados positivos en éste. Además *la entrevista motivacional*, como ayuda, es especialmente útil con aquellos pacientes precontemplativos y contemplativos, para que asuman que necesitan tratamiento.

Unir un nuevo estilo terapéutico (Entrevista Motivacional) con un modelo transteórico de etapas de cambio, ofrece una nueva perspectiva acerca de qué estrategias clínicas podrían ser efectivas en los diferentes puntos del proceso de recuperación.

La EM deriva de dos fuentes: el modelo humanista de la terapia centrada en el cliente, de Carl Rogers, y de la teoría del cambio, de Prochaska y Diclemente.

Es un tipo de intervención breve, no confrontativa, directiva y semiestructurada. En primer lugar identifica la etapa del cambio en que se encuentra el paciente, para después, centrarse en las necesidades, objetivos y experiencias del paciente; y sobre

todo permite establecer un vínculo con el paciente para formar un equipo que permita un adecuado trabajo terapéutico.

Son 4 los principios básicos de la Entrevista Motivacional:

- *Expresar empatía*. Es un concepto clave que refleja el espíritu de la EM. Se acepta incondicionalmente al paciente, ya que la aceptación facilita el cambio. También se torna fundamental la escucha reflexiva, para comprender la perspectiva del paciente, asegurando al mismo que su ambivalencia es normal.
- *Desarrollar las discrepancias*. La motivación para el cambio aumenta cuando las personas perciben discrepancias entre su situación personal y, sus metas y valores más importantes.
- *Rodear las resistencias*. La resistencia debe ser interpretada como una señal de que no estamos entendiendo la perspectiva del paciente, y por tanto, debemos cambiar de estrategia.
- *Apoyar la autoeficacia*. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador. El paciente tiene que sentirse capaz de realizar los cambios necesarios para lograr el cambio.

Esta técnica tiene muchos efectos terapéuticos y los datos demuestran que la Entrevista Motivacional ayuda a los pacientes a permanecer con los terapeutas. En definitiva es más probable que el paciente se adhiera a cualquier pauta de tratamiento.

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

## “EL ABORDAJE MÉDICO DEL TABAQUISMO”

Cristina de Castro Mesa

*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benquerencia. Toledo*

### INTRODUCCION

El tabaquismo constituye un importante problema de salud pública, por tanto su abordaje trasciende a lo puramente asistencial.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, siendo la primera causa de morbi mortalidad en los países desarrollados, por tanto todos los profesionales sanitarios deben intervenir sobre él, es más, se sabe que en el mundo existen 1.250 millones de fumadores.

Cuando estamos frente a nuestros pacientes fumadores nos viene a la cabeza una serie de interrogantes como ¿Por qué fuman nuestros pacientes?, ¿Cómo repercute el fumar en nuestros pacientes?, ¿Por qué debemos tratar a los fumadores?, ¿Cómo ayudar al fumador que quiere dejarlo?... a todos estos interrogantes intentaré dar respuesta durante la exposición.

### PREVALENCIA EN ESPAÑA

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006, la prevalencia del taba-

quismo en España es de un 30% (32,2% de hombres y 22,1% de las mujeres)<sup>1</sup>

### PREVALENCIA EN CASTILLA-LA MANCHA

En población de 15 años ó más en 2002:32%, en 2006 30,8%, el consumo es superior en los hombres (38,6%) frente a las mujeres (23,1%). La mayor prevalencia de consumo se da en el grupo de 25 a 44 años (44,9%).

Los castellanos manchegos se inician en el consumo de tabaco a edades más tardías; siendo la media de edad de inicio de 16 años y medio, son claras diferencias por sexos (16,2 años en hombres y 16,9 años en mujeres), aproximadamente el 50% ha intentado dejar de fumar en alguna ocasión frente al 27,3% que nunca lo ha hecho; 9 de cada 10 (89%) no ha utilizado ningún método para dejar de fumar<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

<sup>2</sup> Encuesta de Salud de Castilla la Mancha 2002, 2006.

La prevalencia varía según las Comunidades Autónomas: Las comunidades Valenciana y Baleares son las que tienen una prevalencia mayor, Castilla la Mancha, Castilla y León y las comunidades de Galicia son las Comunidades con prevalencia más baja<sup>3</sup>.

### EVOLUCIÓN DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA 1987-2006

El consumo de tabaco en los hombres ha descendido de 55% a 32%, en las mujeres de 23% a 22,1%: el porcentaje de población fumadora más alto se observa en el grupo de 25-44 años: 48,2% en 1987 pasando a 31,90% en 2006, seguido del grupo de 16 a 24 años 41,7% en 1987 pasando a 31,15% en 2006<sup>4</sup>.

### MAGNITUD DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

En España mueren 6 personas cada hora como consecuencia del consumo de tabaco, el doble si sumáramos todas las muertes producidas por SIDA+ los homicidios+ Accidentes de tráfico+el alcoholismo y el resto de drogas.

### DEFINICIÓN DE TABAQUISMO

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, en más del 80% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad y produce muerte prematura a más de la mitad de aquellos que la padecen, a través de enfermedades cardiovasculares, pulmona-

res y tumorales; y como buena enfermedad que se preste, tiene un mecanismo de transmisión, que en este caso es la publicidad.<sup>5</sup>

### ADICCIÓN A LA NICOTINA

La adicción del tabaquismo viene definida por la necesidad imperiosa de consumirlo, y la presencia del llamado Síndrome de Abstinencia cuando se deja de consumir, así como la existencia de tolerancia (el fumador cada vez tiene que consumir más para obtener el mismo grado de satisfacción: se empieza consumiendo 5-10 cigarrillos y se termina consumiendo un paquete o más.)

La adicción del tabaquismo la produce una sola sustancia, a pesar de que un cigarrillo contiene más de 4000, pues bien, esta sustancia no es otra que la NICOTINA: se sabe que la nicotina es tan adictiva como la heroína o la cocaína<sup>6</sup>, también se sabe que esta adicción tiene una base neurobiológica, mediada por neurotransmisores: dopamina y noradrenalina; la dopamina está involucrada en la vía de la "Recompensa" y la noradrenalina en la vía de la "Abstinencia"

El hábito tabáquico es una enfermedad recogida y catalogada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM-IV), viene catalogada con la denominación de "Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo del tabaco" incluida en el apartado F17 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En el DSM-IV se recogen los criterios diagnósticos para la abstinencia nicotínica, de tal

<sup>3</sup> M. Barrueco Ferrero, M. A Hernández Mezquita, M. Torrecilla García. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.2006.40.

<sup>4</sup> Encuesta Nacional de Salud 1987, 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

<sup>5</sup> Treating tobacco use and dependence clinical practice guideline. US. Department of Health and Human Services. Public Health Service June 2000.

<sup>6</sup> Real colegio de Médicos de Londres.

forma que para que exista un S. de Abstinencia es necesario haber consumido nicotina durante al menos varias semanas, y que la interrupción brusca o reducción de la cantidad de nicotina consumida produzca al menos 4 ó más de los siguientes signos en las siguientes 24 horas al cesar el consumo:

- Deseo compulsivo de fumar.
- Irritabilidad, frustración o ira.
- Ansiedad.
- Cansancio y dificultad de concentración.
- Disforia o depresión.
- Disminución de la frecuencia cardiaca.
- Palpitaciones.
- Temblores.
- Dolor de cabeza.
- Alteraciones del sueño.
- Aumento del apetito o del peso.

Ante nuestros pacientes fumadores nos podemos preguntar: ¿Por qué debemos tratar el tabaquismo?, ¿Quién debe tratar el tabaquismo?, ¿Cómo podemos tratarlo?, pues bien existen 5 argumentos con peso para dejar de fumar: El tabaquismo:

- Es el responsable del 90% de la mortalidad por cáncer de pulmón.
- Es el responsable del 95% de las muertes por EPOC.
- Es el responsable del 50% de mortalidad Cardiovascular.

- Es el responsable del 30% de las muertes que e producen por cualquier tipo de cáncer.
- Es el responsable de más de 25 enfermedades.

Todo esto no hace pensar que debemos actuar desde distintos frentes, pero todos con el mismo objetivo

### NIVELES DE ACTUACIÓN

El problema del tabaquismo se debe de abordar en: Atención Primaria, Atención Especializada, Unidades de Tratamiento especializado de tabaquismo (UTET), y deben hacer intervención los farmacéuticos y Odontólogos.

#### *Atención Primaria*

La Atención Primaria es el lugar idóneo para el abordaje del tabaquismo, puesto que en ella se realizan actividades de captación, tratamiento, y seguimiento; en ella trabajan profesionales sanitarios de distinta índole (Médicos de Familia, Pediatras, Odontólogos, Matronas...) en donde todos ellos pueden actuar en el tema del tabaquismo.

#### *Características del Atención Primaria:*

- El 70% de los fumadores visita 1 vez/año a su médico de familia,
- El 95% de la población pasa por la consulta de Atención Primaria en 5 años.
- No existen prácticamente demoras; todo ello hace que exista una oportunidad única para intervenir.

La intervención que se puede hacer en Primaria, puede comenzar en la adolescen-

cia (etapa donde se inician) para evitar su progresión y pasar a ser adultos asintomáticos y de estos pasar a pacientes enfermos, y posteriormente a una invalidez y de aquí a la muerte.

¿Quién no se ha propuesto al inicio del año: perder peso, hacer deporte y DEJAR DE FUMAR?, pues bien para dejar de fumar hace falta: 1. Querer dejarlo. 2. Estar motivado (No voluntad) 3. Saber cómo. Pero ¿Realmente es rentable abordar el tema del tabaco?: Es 30 veces más rentable que tratar a un hipertenso, es 100 veces más rentable que tratar el colesterol, y es lo más rentable que puede hacer un diabético (¡Y el empeño que ponemos en tratar al hipertenso, al hiperlipémico y al diabético!), por tanto tratar el tabaquismo es la medida más eficaz y rentable en A.P: por ello hay que preguntar por el consumo cada 2 años y registrarlo en la Hª; todos los fumadores deben de recibir un consejo claro y personalizado, se le debe ofrecer ayuda para dejar de fumar y se debe de fijar un seguimiento mínimo; realizar consejo de refuerzo el primer año, y seguir preguntando por el consumo a los exfumadores cada dos años.

Tenemos que saber que a los 20 años de estar fumando, que coincide más o menos con la edad de 42-43 años, los hombres se plantean el cese, algunos lo consiguen y otros recaen, a veces por que NO QUIEREN dejarlo y otros por NO PODER dejarlo, por ello se debería abordar el tema del tabaco a todo paciente que acuda a un profesional sanitario por el motivo que sea, puesto que es muy IMPORTANTE identificar al fumador: más de la mitad de los pacientes fumadores no son identificados por el profesional, esta identificación es más fácil cuando el paciente presenta una enfermedad relacionada con el tabaquismo, pero en la práctica clínica el paciente a menudo presenta un problema no relacionado con el mismo.

## ABORDAJE DEL PACIENTE FUMADOR

- No hacer nada.
- Realizar una intervención breve.
- Realizar un tratamiento intensivo.

### *Intervención breve:*

Consiste en dar consejo sencillo.

- Facilitar material de autoayuda.
- Valorar motivación.
- Ofertar tratamientos.

### *Etapas de la intervención Mínima (regla de las 5 A)*

- Averiguar (Ask): Si el paciente fuma (identificar No fumador, Fumador y Ex fumador).
- Aconsejar (Advise): dejar de fumar.
- Apreciar (Asses): y valorar la disposición del paciente para dejar de fumar.
- Ayudar (Assist): al paciente en el abandono del tabaquismo. Se intentará acordar un "Día D". Será el primer día sin tabaco.
- Acordar (Arrange) y programar un seguimiento.

<sup>7</sup> Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. JAMA. 2000.

Aconsejar dejar de fumar se realiza a través del Consejo Sanitario<sup>8</sup>: el cual debe ser:

- **Firme y serio:** Tiene que ser lo suficientemente convincente como para que al menos sea motivo de reflexión.
- **Breve:** No tiene por qué durar más de 3-5 minutos, tres minutos son suficientes si se aprovechan y se sabe que decir.
- **Personalizado:** La epidemia del tabaco no respeta edades ni sexo por tanto afecta a jóvenes, adultos, embarazadas, mujeres, hombres, pero en cada individuo tiene una expresión distinta.

## DIAGNOSTICO DEL TABAQUISMO

Para conseguir un diagnóstico correcto es fundamental realizar: H<sup>o</sup> clínica, Estudio de la fase de abandono, Estudio de motivación, Estudio de la dependencia.

### Historia Clínica:

A) Recoger edad de inicio, intentos de abandono, causas de recaída, tratamientos realizados, calcular índice tabáquico (paquetes /año= n<sup>o</sup> de cigarrillos día X n<sup>o</sup> de años de fumador, Antecedentes personales (Nombre... y familiares, Antecedentes patológicos como cardiopatía isquémica, OCFA...

B) Exploración Física: P.A, pulso, Peso corporal, Auscultación cardio-pulmonar.

C) Exploraciones Complementarias: 1- Análisis de sangre: fórmula, recuento

(en el fumador crónico está aumentados los Hematíes y la Hb), perfil lipídico, glucemia.

- Según los síntomas y la exploración realizada se podrá solicitar EKG, Espirometría...
- Cotinina: metabolito de la Nicotina, su determinación se deja para especializada.
- Cooximetría<sup>9</sup>: mediante

la Cooximetría medimos la concentración de CO en partes por millón (ppm) en aire espirado. Pedimos al paciente que inspire profundamente y que mantenga la respiración (apnea) durante 15 segundos, luego aseguramos que los labios del paciente rodeen firmemente la boquilla del cooxímetro, mandamos soplar lenta y progresivamente expulsando al máximo el aire de los pulmones, lo que nos dará la muestra más fiable de aire alveolar. En general se estima que los fumadores presentan concentraciones de CO mayor de 10 ppm (corte entre fumador y no fumador).

Ventajas de la Cooximetría:- Es un método de sencillo manejo, económico e incruento.

- Sirve como mecanismo de refuerzo positivo.
- Se recomienda su uso tanto en AP como en Especializada.
- Los niveles de CO en aire espirado se correlaciona con la COHb en sangre, y pueden ser utilizados como paráme-

<sup>8</sup> M. Barrueco Ferrero, M. A Hernández Mezquita, M. Torrecilla García. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.2006.108-109.

<sup>9</sup> M. Barrueco Ferrero, M. A Hernández Mezquita, M. Torrecilla García. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.2006.108-109.

tros de factor de riesgo de enfermedades cardio-vasculares.

De todas estas pruebas complementarias ninguna es imprescindible para iniciar un tratamiento farmacológico en AP, es decir, se puede iniciar el tratamiento sin ninguna de ellas, en tal caso la más importante es la cooximetría por todo lo anteriormente expuesto.

- Diagnostico de fase: Según Prochaska y Diclemente, todo fumador que quiere dejar de fumar pasa por 5 fases: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento.

Para diagnosticar en que fase se encuentran los fumadores, se formulan una serie de preguntas:

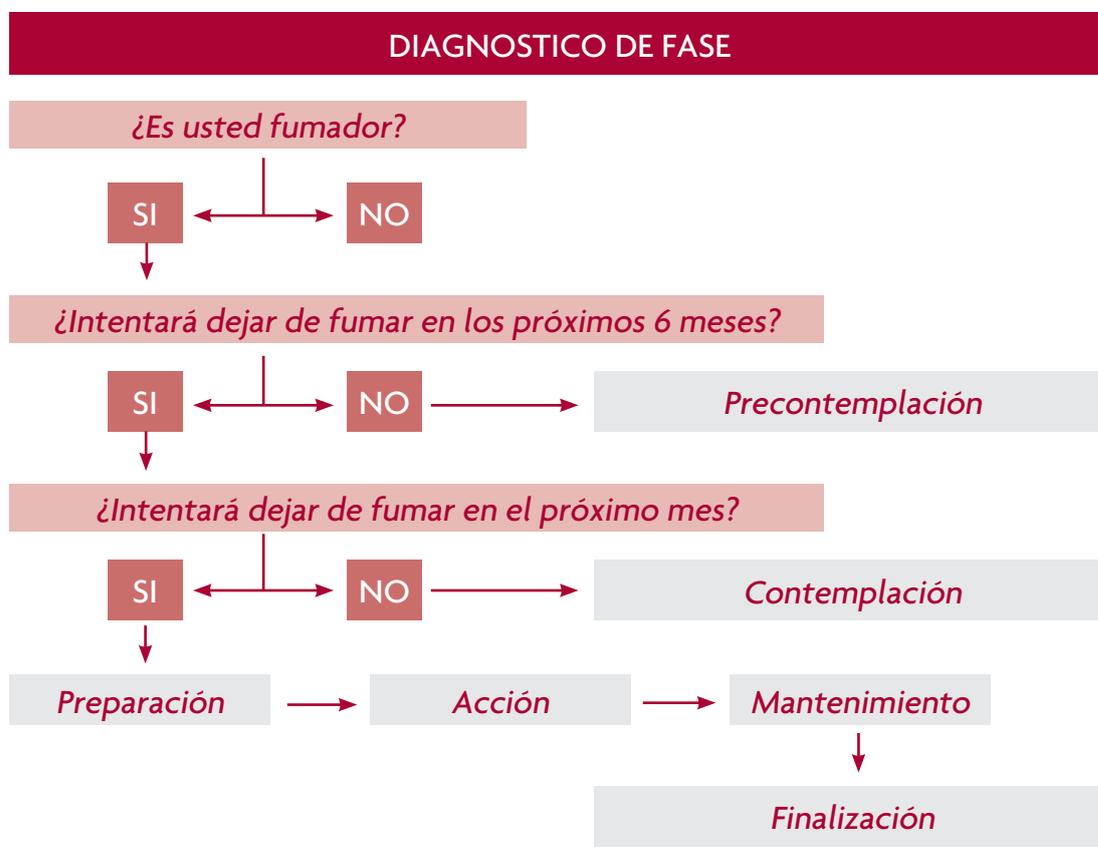
Una vez diagnosticado en que fase se encuentra la actuación será distinta:

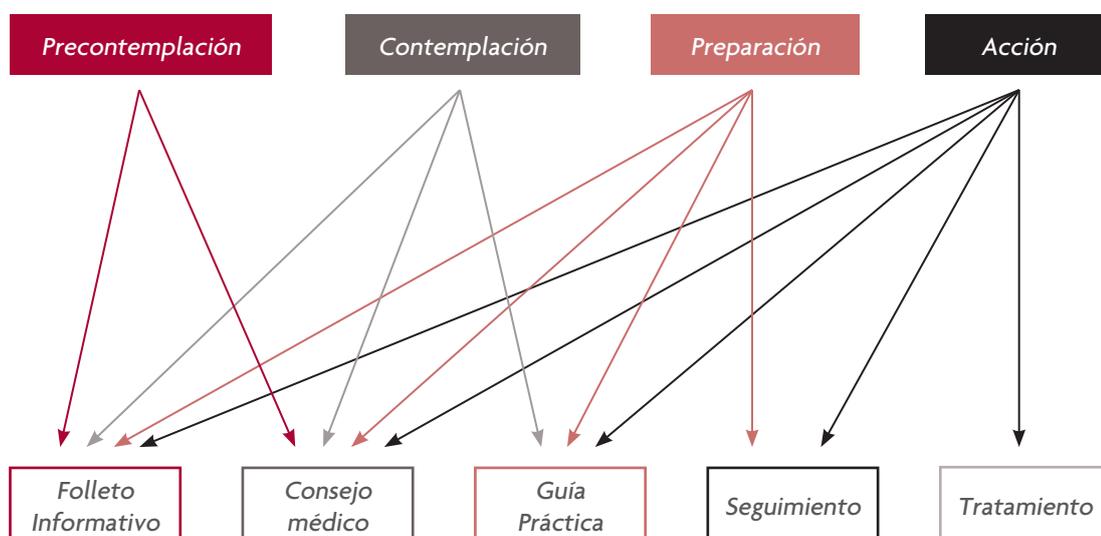
Hay que tener siempre presente que las recaídas forman parte del proceso normal para dejar de fumar, en cuyo caso retomáramos el tema de nuevo, hay que pensar que las personas cambiamos lentamente, y debemos intentar por todos los medios para desde la contemplación a la acción, aunque hayan recaídas por el camino.

De forma esquemática queda todo resumido en el siguiente cuadro:

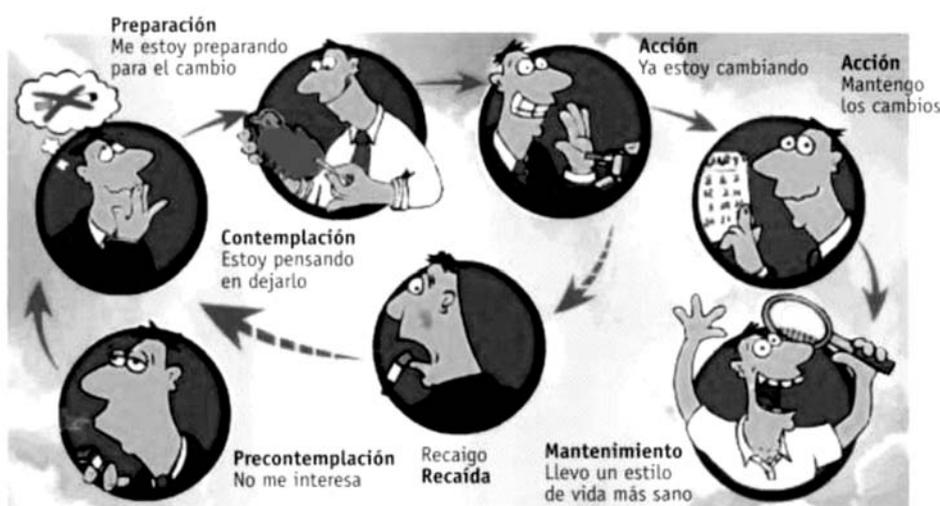
- Estudio de la Motivación: Se puede distinguir:

- 1 Los motivos que tiene el paciente para dejar de fumar, para ello le





**Fases de abandono de consumo de tabaco**



decimos que nos confeccione una lista con los motivos para DEJAR de fumar y otra con los motivos para NO DEJAR de fumar.

la motivación es baja , 7-9 la motivación es moderada, 10 motivación alta.

2 La motivación que tiene el paciente para dejar de fumar .Esta motivación se mide en la clínica a través del test de Rischmond: consiste en 4 ítems, cada uno con una puntuación, de tal forma que si la suma de los 4 ítems es 0-6: se dice que

- Estudio de la Dependencia: Existen varios tipos de dependencia: dependencia psicológica, social, gestual y física. La dependencia psicológica, social y gestual se miden a través del test de Glover Nilson. La dependencia física se mide con el test de Fageström: consiste en 6 preguntas con una puntuación

cada una, pero 2 son las más sensibles para medir el grado de dependencia:

1 ¿Cuánto tiempo tarda en fumarse su primer cigarrillo desde que se levanta por las mañanas?:

< 5 minutos .....3

6-30 minutos .....2

31-60 minutos .....1

> 60 minutos .....0

2 ¿Cuántos cigarros fuma cada día?:

> 30 .....3

21-30 .....2

11-20 .....1

< 11 .....0

Se habla de Dependencia leve 0-2 puntos, Dependencia Moderada 3-puntos, Dependencia severa 5-6 puntos.

## TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.

El índice de éxito se triplica con tratamiento farmacológico adecuado, sólo el 4 % de los intentos se trata adecuadamente.

Nuestra gran herramienta, la única imprescindible es la entrevista clínica, ya que nos podemos encontrar con repuestas de nuestros pacientes como:

- "Creo que no es un buen momento para dejar de fumar".
- "Ya usé una vez el tratamiento y no me sirvió de nada".

- "Estoy dispuesta a hacer todo lo que usted me diga; ahora; el día que engorde 200gramos vuelvo a fumar".

- "Esto es más duro de lo que pensaba".

- "Volví a fumar por que engordé 4 Kg"

- "El otro día tuve ganas de fumar un cigarrillo ¿puedo fumar sólo uno los sábados?".

Por tanto antes de poner un tratamiento, no nos empeñemos en ponerlo y ya está, pensar que hay factores muy importantes a tener en cuenta como:

- Los estímulos externos: Lugares ( trabajo , cafetería...), Situaciones sociales (BBC (bodas, bautizos , comuniones)), actividades como hablar por teléfono, ordenador...

- Los estímulos internos: -Estados emocionales negativos (ansiedad, depresión...) - Estados emocionales positivos: (alegría , relajación...) - Estados fisiológicos: (hambre, fatiga...)

Todas estas situaciones hay que tenerlas en cuenta y trabajar en ellas, si nuestros pacientes las presentan.

Desde el punto de vista farmacológico, actualmente se dispone de distintos tratamientos:

- Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) : parches, chicles, caramelos .
- Bupropión.
- Vareniclina

Pongamos el tratamiento que pongamos, hay que realizar un seguimiento del pa-

ciente, estas revisiones serán más seguidas durante los 6 primeros meses, ya que las recaídas en este periodo son más frecuentes, y se pueden distanciar en los próximos 6 meses, hasta que el paciente es dado de alta al año. A modo de ejemplo las revisiones podría ser: a los 3 días del día D(día que deja de fumar), a la semana, a las 2 semanas, a las 4 semanas, a las 8 semanas, a las 12 semanas, a los 6 meses y al año.

En toda revisión hay que valorar:

- Síndrome de abstinencia:
    - ganas de fumar intensas (craving)
    - ansiedad.
    - dificultad para concentrarse.
    - impaciencia.
  - Nerviosismo
  - Cansancio
  - trastornos del sueño
  - más apetito,
  - estreñimiento;
- Este Síndrome se puntúa de 1 a 4 puntos en caso de obtener una puntuación alta hay que revisar el tratamiento farmacológico.
- Valorar tratamiento farmacológico (tolerancia y posibles efectos secundarios)
  - Valorar constantes (cooximetría fundamentalmente ya que actúa como refuerzo positivo, PA...).
  - Fijar fecha de próxima visita.

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

# ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

Autor:

*Dr José Ignacio de Granda Orive*

Institución:

*Servicio de Neumología (Unidad de Tabaquismo).*

*Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid*

Correspondencia:

*Dr José Ignacio de Granda Orive. C/ Cavanilles 43, 7ºE.28007 Madrid.*

*Correo electrónico: igo01m@gmail.com*

## INTRODUCCIÓN

La dependencia por la nicotina es una condición crónica que habitualmente requiere de intervenciones repetidas. En la actualidad se dispone de tratamientos efectivos que aumentan las posibilidades del fumador de dejar de fumar, pero con ninguno de ellos se alcanza más allá de un 40-50% de éxito al año. Los tratamientos reconocidos en la actualidad para la deshabituación tabáquica son el consejo médico o sanitario, el tratamiento psicosocial, el tratamiento psicológico, el tratamiento farmacológico, y los tratamientos comunitarios y de educación para la salud. Actualmente se dispone de tratamientos farmacológicos eficaces, y salvo que exista contraindicación, estos deberán ser ofrecidos a todos los fumadores que quieran hacer un serio intento de dejar de fumar (Evidencia A). Dentro de los medicamentos de primera línea para el tratamiento del tabaquismo se dispone de la terapia sustitutiva con nicotina en sus diferentes modalidades (chicles, parches,

espray nasal, y pastillas para chupar), y el bupropion, primer medicamento no nicotínico. En una segunda línea de tratamiento se colocan la nortriptilina y la clonidina. Todos estos tratamientos son coste y clínicamente efectivos al igual que otras intervenciones preventivas de salud pública<sup>1</sup>.

Numerosas son las guías y meta-análisis<sup>1-17</sup> en las que se demuestra la eficacia, rentabilidad y coste – eficacia de los tratamientos para dejar de fumar, disponiéndose de suficiente evidencia científica. Recientemente se han incorporado dos nuevas guías que ahondan en las recomendaciones<sup>18, 19</sup>.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL DEL TABAQUISMO: PRIMERA LÍNEA

### *Bupropión*

El bupropión fue el primer fármaco no nicotínico disponible como primera línea

de tratamiento para ayudar a dejar de fumar. Aunque no se conoce exactamente el mecanismo intrínseco cerebral por el que actúa, mucho se ha avanzado en los últimos años en este sentido. Recientemente, Warner y Shoaib<sup>20</sup>, en un trabajo en el que analizaban todos aquellos estudios publicados previamente sobre el mecanismo de acción del bupropión, tanto in vitro como in vivo, concluían que el principal modo de acción del bupropión es sobre el síndrome de abstinencia, atenuando los síntomas, mimetizando los efectos de la nicotina sobre dopamina y noradrenalina y actuando como antagonistas de los receptores nicotínicos lo que atenúa las propiedades reforzadoras de la nicotina. Hay que destacar la implicación y el papel de los metabolitos del bupropión (hidroxibupropión) en el tratamiento de la cesación tabáquica<sup>21</sup>.

La efectividad del bupropión como ayuda para dejar de fumar ha sido demostrada ampliamente en los últimos años, encontrándose que su uso dobla la eficacia del placebo (Evidencia A)<sup>1,5,9</sup>. Recientemente, también, se ha podido demostrar la validez del bupropión como tratamiento previo a la cirugía para ayudar a mantener la abstinencia<sup>22</sup>, y la tendencia de unas mayores tasas de éxito empleando bupropión frente a terapia sustitutiva y placebo aunque esta propensión no se mantiene al año de seguimiento<sup>23</sup>. Asimismo se ha podido manifestar la eficacia del bupropión para prevenir las recaídas en pacientes con y sin antecedentes de depresión mayor en un trabajo aleatorizado, doble ciego, con 784 fumadores de los que un 17% presentaban antecedentes de depresión. Los abstinentes a la 7ª semana, todos con bupropión, eran de nuevo aleatorizados a bupropión o placebo y seguidos durante un año. Los que fueron tratados con bupropión presentaron mayores tasas de

éxito independientemente de su pasado depresivo, por lo que los autores concluyen que el bupropión es útil para prevenir las recaídas<sup>24</sup>. Un trabajo anterior también concluía que el bupropión es útil para prevenir las recaídas<sup>25</sup>, aunque más recientemente un ensayo clínico<sup>26</sup>, demostraba lo contrario. En efecto, los autores presentaban los resultados de un trabajo aleatorizado y en el que se pretendía valorar la eficacia del bupropión para mantener la abstinencia y, pese a obtener unas altas tasas de éxito en conjunto, el bupropión no sobrepasaba los resultados encontrados con placebo, siendo identificados el sexo (mejor los hombres) y los niveles de craving al inicio de la intervención como predictores independientes de respuesta. También se ha valorado la eficacia del bupropión en situaciones reales de tratamiento, no encontrándose diferencias con los resultados de abstinencia hallados en los ensayos clínicos<sup>27</sup>. Por otra parte, el bupropión, también se ha mostrado como una terapéutica eficaz para pacientes que previamente habían fracasado en un intento serio de dejar de fumar, y que, o bien habían sido tratados con bupropión<sup>28</sup> o con terapia sustitutiva con nicotina<sup>29</sup>, no encontrándose diferencias en re-tratarlos bien con parche de nicotina o con bupropión. También los pacientes que son tratados para dejar de fumar con bupropión presentan una menor ganancia de peso al final del mismo<sup>25</sup>.

Si es indudable la eficacia del bupropión para ayudar a dejar de fumar también es innegable su coste efectividad<sup>1,6</sup>, recientemente<sup>30</sup> se ha calculado el coste – utilidad (coste por calidad ajustado por años de vida) del bupropión comparándolo con la terapia sustitutiva con nicotina. El diseño estaba basado en un modelo de simulación que incluía los efectos indirectos de la cesación tabáquica en cuanto a consumo

y producción económica y años de vida ganados (morbilidad). Fueron incluidos en el estudio 612.851 hombres fumadores y 780.970 mujeres fumadoras, con una edad mayor de 35 años. Se comparó el bupropión con la terapia sustitutiva (parches y chicles) en un programa de cesación tabáquica. Entre los resultados destaca el hecho de que cuando los efectos indirectos de producción y consumo eran incluidos en la estimación el bupropión fue más ahorrador que la terapia sustitutiva, pero además cuando solamente se incluían costes directos también el bupropión resultaba más coste ahorrador que la terapia sustitutiva. En cambio los costes ajustados por años de vida ganados eran más favorables a la terapia sustitutiva. Por lo anterior, los autores concluyen que el bupropión es un tratamiento coste – efectivo para ayudar a dejar de fumar, indicando que si se asumieran mejores resultados de abstinencia, de los que han sido asumidos en este trabajo, todavía la razón estimada de coste –utilidad del bupropión sería más favorable al medicamento<sup>30</sup>.

Otro aspecto conocido de cuando una persona fumadora desea realizar un serio intento de dejar de fumar es que el estrés condiciona claramente la abstinencia, existiendo escasos trabajos que estudien este aspecto de la cesación y la recaída. Kotlyar et al<sup>31</sup> en un estudio realizado en 43 sujetos fumadores a los que se les aleatorizaba a placebo, a bupropión (150 mg dos veces al día) o a bupropión más una terapia conductual específicamente dirigida al estrés, sugieren que los tratados con bupropión mantendrían mejor el control del estrés en el periodo del síndrome de abstinencia.

Un aspecto del tratamiento del tabaquismo actual y que probablemente en el futuro se convertirá en una herramienta definitiva

como terapéutica eficaz para el fumador que quiere dejar de serlo es la farmacogenética. La farmacogenética estudia las diferencias interindividuales en la respuesta a fármacos y las interacciones genético-ambientales, mientras que la farmacogenómica estudia las bases genético-moleculares de las enfermedades para definir nuevas dianas terapéuticas. Los estudios farmacogenéticos permiten identificar posibles causas genéticas para la diferencia en la respuesta de los individuos a un fármaco. Este tipo de estudios investiga la asociación entre el grado de respuesta al fármaco y las variantes o polimorfismos de genes del paciente implicados en la respuesta y el metabolismo del fármaco.

Es conocido, que los fumadores con una disminuida actividad del CYP2B6 [metabolizadores lentos; familia de enzimas metabolizadoras del citocromo P450 (CYP) gen 2B6] tienen más craving una vez que dejan el consumo de tabaco, por lo que presentan habitualmente más probabilidades de recaer<sup>32-34</sup>. En un trabajo<sup>32</sup> realizado sobre 426 fumadores y que recibieron durante 10 semanas bupropión o placebo más terapia conductual, se observó como los fumadores con una actividad CYP2B6 disminuida (metabolizadores lentos) presentaban un mayor deseo de fumar (craving) después del día "D", y tasas de recaída mayores de forma significativa. Este efecto se modificó por una interacción genotipo sexual de tratamiento, sugiriendo que el bupropión atenuaría el efecto genotípico en mujeres fumadoras. El hallazgo de una asociación entre el genotipo CYP2B6 con la cesación tabáquica en el grupo placebo y la ausencia de una asociación genotípica con los efectos secundarios del bupropión sugieren que los efectos genotípicos en el desarrollo del tratamiento no pueden ser atribuidos a la farmacocinética del bupropión<sup>35</sup>. Por lo tanto, la mayor

tasa de recaídas en los metabolizadores lentos sería atribuible a una acción más larga de la nicotina en el sistema nervioso central (por falta de conversión en cotinina) con cambios neuroadaptativos que facilitarían la dependencia y el craving<sup>35</sup>. Lerman et al<sup>36</sup> en un trabajo que completaba el anterior examinaban las variaciones genéticas de las vías dopaminérgicas, basándose en la premisa de que los efectos del bupropión son atribuidos, al menos en parte, a la inhibición de la recaptación de la dopamina. El análisis genético se fijaba en los polimorfismos comunes del gen del transportador (DAT1) y del receptor (DRD2) de la dopamina, que ya previamente habían sido asociados a la conducta de fumar<sup>35</sup>. Aunque no se sostiene la hipótesis de la modulación genética como respuesta al bupropión los resultados revelaron que los fumadores con el genotipo DRD2 A2A2 (quienes portan el alelo DAT1 9) tienen mayores tasas de abstinencia (53 vs 39%) y mayores latencias para la recaída. En cambio con el alelo DRD2 A1 no se encontró una asociación significativa. Swan et al<sup>37</sup> en un estudio aleatorizado en el que investigaban la asociación del polimorfismo Taq1A con la cesación tabáquica, siguiendo a fumadores con un tratamiento con bupropión y terapia psicológica, observaron que las mujeres portadoras de al menos un alelo A1 del receptor de la dopamina tenían más posibilidades de dejar de tomar el bupropión debido a sus efectos secundarios, y de seguir fumando al año del seguimiento. No se observó lo anterior en hombres. Es decir, que presentar el alelo A1 aumentaría las posibilidades de recaídas tras tratamientos con bupropión. Asimismo los individuos con el genotipo DRD2 A2/A2 y al menos un alelo DAT1 10 repetido tendrían mayores puntuaciones en el Test de Fagerström comparado con aquellos que no presentan dicho alelo.

Otros estudios han venido a demostrar lo anterior, David et al<sup>38</sup> estudiaron la asociación existente entre el polimorfismo DRD2 del receptor de la dopamina con los efectos del bupropión sobre diversos síntomas del síndrome de abstinencia. Los autores concluyen que el bupropión atenúa los síntomas del síndrome de abstinencia en los sujetos con el genotipo DRD2 Taq1 A2A2. (concretamente craving, irritabilidad y ansiedad). En el grupo con el genotipo DRD2 A1A1 y en el A1A2 no se produjo alivio en los síntomas. En otro estudio<sup>39</sup> los fumadores portadores del alelo DRD2 A1 presentan un incremento de la señal de recompensa a la comida indicando una influencia genética en la ganancia de peso secundaria a la abstinencia a la nicotina.

Hasta hace unos años no se habían podido evidenciar indicaciones específicas para cada una de las terapias farmacológicas, por lo que las recomendaciones de uso se apoyaban en las contraindicaciones específicas de cada tratamiento, la familiaridad del clínico y las características y preferencias del fumador<sup>40</sup>. Aunque son necesarios más datos, se apunta, que los antecedentes con trastorno afectivo y la preocupación importante por el aumento de peso serían características específicas para tratarlos con bupropión (nivel de evidencia C)<sup>40</sup>, así como qué, quizá, éste sería más efectivo en personas con historia de depresión y probablemente debería ser elegido como tratamiento en mujeres antes que la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), pues existe cierta evidencia de que ésta última sería menos efectiva en mujeres<sup>19</sup>.

### **Terapia sustitutiva con nicotina**

Igualmente la eficacia de la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), para ayudar a dejar de fumar, esta fuera de toda duda<sup>1,5,6,8,19</sup> doblando, cualquiera de los dispositivos

disponibles, la eficacia del placebo (Evidencia A). Asimismo se han demostrado efectivos en diversos subgrupos como los pacientes portadores de enfermedades respiratorias. En grandes dependientes se ha mostrado más efectivo el chicle de 4mg<sup>5,8,19</sup>. Actualmente también esta fuera de toda duda la eficacia de los comprimidos para chupar de nicotina, los cuáles doblan, igualmente, la tasa de éxito al compararlo con placebo (comprimidos de 2 mg: *odds ratio* 2; comprimidos de 4 mg: *odds ratio* 2,8)<sup>19</sup>. Al menos tres serían los mecanismos por los que la TSN ayudaría a dejar de fumar, en primer lugar porque aliviaría los síntomas del síndrome de abstinencia, al menos los más prominentes, en segundo lugar reduciría los efectos reforzadores de la nicotina y, en tercer lugar, la TSN mantendría ciertos aspectos de la conducta de fumar como son el humor y el estado de atención debidos al consumo de tabaco, logrando en parte vencer situaciones de aburrimiento y estrés y la de manejar adecuadamente la sensación de hambre y ganancia de peso<sup>7</sup>.

Existen algunos aspectos de la terapia con TSN que deberían ser estudiados más profusamente como son el aumento de la dosis y de la velocidad de liberación de los dispositivos que utilizamos, la combinación de los diferentes dispositivos así como disponer de nuevos aparatos de liberación de la nicotina<sup>7</sup>. En cuanto al incremento de la dosis, en una revisión previa<sup>41</sup>, concluimos que la terapia sustitutiva con nicotina a alta dosis se muestra efectiva, con una mayor tasa de éxitos, y obligaría a la obtención de concentraciones de cotinina en sangre pre y postratamiento en el fumador tratando de buscar el porcentaje de sustitución más idóneo (90 a 100% del basal). Unos niveles adecuados de reemplazo en sangre se correlacionan con una menor tasa de síntomas del síndrome de abstinencia,

y con una mayor eficacia en fumadores con moderada y alta dependencia siendo el tratamiento seguro y tolerable. De todas maneras los resultados encontrados en la literatura no siempre están a favor de aumentar las dosis de TSN para el tratamiento de fumadores, sugiriendo que altas dosis de nicotina obtendrían escasos beneficios en las tasas de éxito final<sup>7</sup>. Recientemente, Shiffman et al<sup>42</sup>, en un trabajo en el que valoraban la eficacia sobre el síndrome de abstinencia y el craving de parches con alta dosis (35 mg) de nicotina comparándolo con placebo, encontraron que los pacientes con tratamiento activo reducían los síntomas del síndrome de abstinencia y el craving al dejar de fumar y eliminaban completamente los cambios debidos a la privación de nicotina relacionados con la afectividad o la concentración.

Otro aspecto interesante con la TSN sería poder incrementar la velocidad de liberación de la nicotina, con el fin de llegar más velozmente al sistema nervioso central aliviando más rápidamente la sintomatología del síndrome de abstinencia y el craving. Ha sido desarrollado un chicle de liberación rápida<sup>7</sup>, siendo posteriormente evaluada su eficacia<sup>43</sup> al comparar sus resultados de éxito con un chicle corriente, encontrando que alivia más rápido y más completamente el craving, lo que podría disminuir la tasa de recaídas y aumentar la eficacia.

Varios son los grupos de trabajo que tratan de encontrar aquel dispositivo de TSN que manteniendo la misma eficacia, presente una mejor farmacocinética y biodisponibilidad. D'Orlando et al<sup>44</sup> evaluaban la efectividad de un dispositivo oral de liberación de nicotina denominado "The straw nicotine oral delivery system" que consistía en una pajita, de un solo uso, que contendría partículas de nicotina y que se sorbe-

ría de una bebida. Los autores encontraron que los niveles en sangre, al cabo de una o dos horas, son adecuados y no diferentes a los hallados con otros dispositivos. İkinci et al<sup>45</sup> de la Universidad de Ankara, en Turquía, han comunicado el desarrollo de una tableta bucal bioadhesiva que han comparado con el parche de nicotina. Los autores no han encontrado diferencias significativas entre los niveles de nicotina hallados en sangre con la tableta bucal y los hallados con los parches transdérmicos, obteniéndose más rápido los niveles en sangre con la tableta sublingual.

Últimamente se está especulando con que las tasas de abstinencia empleando TSN podrían mejorar si se individualiza más el tratamiento según las necesidades y preferencias de los pacientes<sup>46</sup>, pudiendo, en el futuro, tener mucho que decir al respecto la farmacogenética. Schneider et al<sup>47</sup> en un trabajo, en el que ofrecían a fumadores, que querían dejar de serlo, dos dosis de tres TSN diferentes: chicles (2 y 4 mg), inhalador bucal y spray nasal. Los fumadores eran entrenados en su uso y se les dejaba elegir según sus preferencias. El chicle fue elegido más que el spray y el inhalador por su facilidad de uso, seguridad y preferencia de empleo en público. Fue elegido más frecuentemente el chicle de 4 mg, y una vez que se utilizaba y se tenía experiencia con él, la razón para continuar su consumo fue su facilidad de uso y su mejor sabor. Son necesarios trabajos como el anterior pues las características o actitudes que tienen los fumadores hacia un dispositivo u otro puede aumentar la adherencia al tratamiento mejorando los resultados finales.

Se ha especulado igualmente con que la utilización de TSN disminuiría el riesgo de progresión de una caída a una recaída. Shiffman et al<sup>48</sup> en un trabajo doble ciego y controlado con placebo, en el que ana-

lizaron, en pacientes que habían dejado de fumar y que presentaron una caída, que grado de satisfacción y placer tuvieron, así como los síntomas aversivos que notaron al fumar de nuevo. Dentro de los hallazgos encontrados destaca que aquellos sujetos que en el primer desliz fumaron más tienen un mayor riesgo de recaer. Los que en la caída presentan mayor grado de satisfacción y placer también tienen mayores posibilidades de tener una segunda caída y de progresar a una recaída. No se ha encontrado relación entre los síntomas aversivos y la progresión a una recaída. Como era de esperar, los pacientes con tratamiento activo tuvieron menos riesgo de presentar una segunda caída y de recaer, pero sin embargo, llama la atención, que con el uso de TSN no disminuía el placer ni la satisfacción ni los síntomas aversivos.

Aunque ya se acepta, en la actualidad, la posibilidad de emplear TSN en pacientes con enfermedad cardiovascular; el parche de nicotina se ha mostrado seguro y sin efectos adversos cardiovasculares, no estando contraindicado, aunque es verdad que se mantiene cierta controversia<sup>1,3,4,49</sup>. Hubbard et al<sup>50</sup> concluyen que el empleo de TSN no se asocia a un incremento del riesgo de infarto de miocardio, angina o muerte.

Algunos son los trabajos ya publicados sobre farmacogenética y TSN. En un ensayo realizado en el Reino Unido, y que englobó a más de 1500 fumadores, con un diseño controlado con placebo, y que a 755 de ellos se les extrajo sangre para análisis genético<sup>51,52</sup>, fueron estudiados el polimorfismo TaqA1 del gen D2 (DRD2) del receptor de la dopamina. Los autores encontraron como el tratamiento con parches de nicotina fue más efectivo que en el grupo placebo en los portadores del alelo A1 del gen DRD2 del receptor de la dopa-

mina, pero no en aquellos homocigóticos para el alelo A2<sup>51</sup>. Las diferencias en odds ratio para el efecto del tratamiento en el grupo del genotipo fueron estadísticamente significativas después de la primera semana del mismo pero no al final del tratamiento. Se comprobó que el parche fue más efectivo (OR 3,6 parche vs placebo) en aquellos fumadores con el alelo DRD2 A1 y el DBH A [Polimorfismo del gen de la dopamina beta hidroxilasa (DBH)] que codifica la enzima envuelta en la conversión de dopamina en norepinefrina, por lo que bajos niveles de DBH aumentan los niveles endógenos de dopamina, y fue menos efectivo en los portadores de otros genotipos. Esta asociación genética con el tratamiento fue significativa tanto en la primera como a las 12 semanas de tratamiento sugiriendo que la eficacia a corto plazo del parche de nicotina podría estar modulada por los alelos DRD2 y DBH. Un estudio a más largo plazo del ensayo anterior<sup>52</sup> soporta el hecho de la asociación de la variante del alelo DRD2 con la abstinencia a los 6 y 12 meses de seguimiento, aunque esta asociación sólo fue observada en mujeres y no con el alelo DBH.

En otro estudio farmacogenético<sup>53</sup>, realizado con parches de nicotina y spray nasal y en el que se examinaba el papel del gen del receptor  $\mu$  opioide (OPRM1), que como es conocido, es el punto de anclaje de la betaendorfina para su efecto de recompensa, siendo liberada al administrar nicotina. El exon 1 del receptor OPRM1 incluye el Asn40Asp, la variante Asp40 incrementa la afinidad de unión de la beta endorfina por el receptor, prácticamente la triplica con respecto a la variante Asn40. Los Asp40 tienen mayores posibilidades de estar abstinentes al final del tratamiento para dejar de fumar, y estas diferencias son mayores si reciben parches (52 vs 33% para Asp40 y Asn40; OR 2,4), pero esto no se observó

para spray de nicotina, placebo o bupropión. Además se pudo observar una relación dosis respuesta, a saber, a mayor concentración de nicotina en el parche mejor respuesta con la variante Asp40.

Para confirmar lo anterior, Lerman et al<sup>54</sup> analizando el papel de dos variantes genéticas del gen del receptor DRD2 de la dopamina en relación a la respuesta al tratamiento para dejar de fumar en dos ensayos aleatorizados con un seguimiento de 6 meses (doble ciego y controlado con placebo empleando bupropion, y un ensayo abierto comparando parches y spray de nicotina), observándose que al final del estudio existió una interacción significativa entre el genotipo DRD2 – 141C Ins/Del y el tratamiento, observándose, en los pacientes tratados con bupropion, una mejor respuesta en los homocigóticos que portaban el alelo Ins C que en los que portaban el Del C. Por el contrario los portadores del alelo Del C tenían mejores tasas de abstinencia al ser tratados con terapia sustitutiva independientemente del dispositivo de liberación de ésta. También la variante C957T se asoció a la abstinencia en los tratados con terapia sustitutiva.

La terapia con TSN se ve afectada por la adherencia al tratamiento de los pacientes, por sus efectos adversos, por la dependencia del fumador por la nicotina, debiéndose ajustar el tratamiento según ésta<sup>18</sup>, por las diferencias individuales en el metabolismo de la nicotina, por el perfil cinético de cada dispositivo y por la elección del producto y la pauta de tratamiento<sup>46,55</sup>. Por ello, en cuanto a quién se le debería indicar tratamiento con TSN la elección podría hacerse en base a las contraindicaciones del producto por lo que no se recomendaría en pacientes con infarto de miocardio, arritmias severas o angina de pecho en las 2 últimas semanas, se debería valorar

extensamente el binomio riesgo/beneficio en el embarazo y en la lactancia y lógicamente no podría ser utilizado el parche en pacientes con enfermedades extensas de la piel o el chicle en sujetos con prótesis dentales<sup>55</sup>. Por otra parte se debería aceptar la preferencia del paciente, aunque esto ha sido discutido recientemente<sup>19</sup> y la pauta debería ser indicada según el grado de dependencia del paciente<sup>18,19,55</sup>.

### Vareniclina

La Vareniclina es un agonista parcial del receptor nicotínico alfa4beta2. La activación de los receptores alfa4beta2 por la nicotina incrementa la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y córtex prefrontal, por lo que la hipótesis inicial de trabajo fue buscar una sustancia que se comportara como un agonista parcial de dichos receptores. Con ello, se intentaba favorecer un incremento de los niveles de dopamina a nivel mesolímbico contrarrestando así el descenso de esos niveles al dejar de fumar. Por otra parte, en el caso de que el paciente fumara, el agonista parcial, al competir por la unión al receptor, protegería al paciente del efecto reforzador de la nicotina<sup>56</sup>.

El programa se inició eligiendo la cytisina, producto natural que se encuentra en diferentes plantas, y que era conocido por su actividad agonista parcial sobre el receptor alfa4beta2 de la acetilcolina<sup>57</sup>. Los resultados de estos estudios previos sugerían que la combinación de un agonista y un antagonista, en esencia la creación de un agonista parcial, podría tener utilidad en pacientes que realicen un serio intento para dejar de fumar<sup>56</sup>. Por lo tanto, sobre la base de la cytisina se generó una nueva sustancia potente y eficaz, la vareniclina, que demostró una alta y selectiva afinidad por los receptores alfa4beta2 de

la acetilcolina, pero que también se comportaba como un antagonista de la nicotina, bloqueando a la nicotina al fumar se ayuda a mitigar los efectos reforzadores y de recompensa. La vareniclina, con una vida media de 17 a 30 horas, es altamente absorbido tras ingestión oral y escasamente metabolizado (menos del 10%) con una biodisponibilidad prácticamente del 100%, no se une a proteínas por lo que es excretado sin cambios por la orina<sup>58,59</sup>.

Cinco ensayos han sido publicados empleando vareniclina para ayudar a dejar de fumar<sup>60</sup>. Los dos primeros fueron realizados buscando la dosis apropiada con los menores efectos secundarios posibles y en uno de ellos el vareniclina fue comparado con el bupropión<sup>61,62</sup>. En el primer estudio la tasa continua de abstinencia en las últimas cuatro semanas de tratamiento previas fue muy superior con vareniclina [vareniclina 1 mg; 45% ( $p < 0,001$ ), vareniclina 2 mg; 51% ( $p < 0,001$ ) y placebo del 12%]<sup>61</sup>, en el segundo también fueron mejores los resultados con vareniclina [vareniclina 1 mg; 31%, vareniclina 2 mg; 41%, vareniclina 3 mg; 25%, bupropión 29% y placebo 14% (vareniclina 2 mg vs placebo  $p < 0,001$ , vareniclina 2 mg vs bupropión  $p < 0,05$ )]<sup>62</sup>.

Dos estudios en fase III<sup>63</sup>, con un diseño idéntico, comparaban la eficacia del vareniclina de 2 mg con placebo y bupropión 150 mg dos veces al día. Todos los participantes en dichos trabajos fumaban más de 10 cigarrillos al día, tenían entre 18 y 75 años de edad y las tasas de abstinencia fueron definidas como abstinencia total entre la semana 9 y la 52 después de dejarlo. Los resultados tanto en el estudio 1 [vareniclina 22,1%, bupropión 16,4% y placebo 8,4% (vareniclina vs placebo;  $p < 0,001$ , vareniclina vs bupropión;  $p < 0,07$ , Bupropión vs placebo  $p < 0,001$ )]

como en el estudio 2 [vareniclina 23%, bupropión 15% y placebo 10,3% (vareniclina vs placebo;  $p < 0,001$ , vareniclina vs bupropión;  $p < 0,01$ , bupropión vs placebo;  $p < 0,001$ ) fueron favorables al vareniclina, ya que la eficacia fue mayor que el placebo en 2,4 veces e incluso mejor que los resultados obtenidos con bupropión. Posteriormente, los resultados de todos estos ensayos clínicos han sido publicados<sup>64-66</sup> en una revista de impacto, concluyéndose que vareniclina fue significativamente más eficaz que el placebo para ayudar a dejar de fumar, en todos los puntos de corte de valoración en el tiempo e igualmente más eficaz de forma significativa que el bupropión al final de las 12 y 24 semanas de intervención. Además, encontraron que la vareniclina reducía el craving y los síntomas del síndrome de abstinencia y en aquellos que volvían a fumar recibiendo vareniclina, disminuía la satisfacción tras el consumo del cigarrillo<sup>64</sup>. Incluso se demuestra la eficacia largo plazo del tratamiento con vareniclina<sup>66</sup>.

Los efectos secundarios más frecuentemente citados con el empleo de vareniclina han sido las náuseas (28%), la cefalea, y las pesadillas o malos sueños pero no se ha encontrado que los pacientes dejen los ensayos en una mayor proporción debido a dichos efectos adversos<sup>60</sup>. Recientemente han sido comunicados algunos casos de depresión e intentos de suicidio con la molécula, pero, aunque se recomienda un seguimiento más cercano de los pacientes con antecedentes de depresión, no ha sido retirada del mercado ni limitado su uso, insistiéndose en una mayor supervisión de estos pacientes con dichos antecedentes. La vareniclina es un tratamiento eficaz, seguro y es bien tolerado para el tratamiento de la deshabitación tabáquica y, su eficacia a corto y largo plazo excede a la del placebo y a la del bupropión<sup>65</sup>.

Un aspecto interesante incluido en la guía americana del 2008<sup>19</sup> es el hecho de la eficacia del tratamiento con un solo comprimido de vareniclina, observándose que dobla las posibilidades de dejar de fumar, siendo ésta triplicada cuando se toma la dosis recomendada de dos comprimidos al día de 1 mg<sup>19,67</sup>. Algunos trabajos recientes han venido a completar los ya existentes sobre la eficacia de la vareniclina, West et al<sup>68</sup> en un estudio en el que examinaron el efecto de vareniclina sobre el craving y los síntomas de síndrome de abstinencia en fumadores que realizaban un serio intento de dejar de fumar y que efectos de recompensa notaban al tener un desliz, encontraron que vareniclina reducía más el craving que el bupropión y que el placebo, y bupropión más que el placebo, que tanto la vareniclina como el bupropión reducían las emociones negativas más que el placebo y que la vareniclina reducía las tasas de satisfacción y recompensa tras un cigarrillo fumado tras el "quit day" comparado con bupropión y placebo. En otro artículo Aubin et al<sup>69</sup> comparaban el tratamiento estándar con vareniclina con otro con parches (10 semanas) encontrando una mayor eficacia a la semana 52 con vareniclina (*odds ratio* 1,40) además la vareniclina redujo significativamente el craving, los síntomas del síndrome de abstinencia y la satisfacción de fumar. Por otra parte, se ha demostrado, que el tratamiento con vareniclina es coste efectivo y coste ahorrador<sup>70</sup> incluso al compararlo con nortriptilina, bupropión y TSN<sup>71</sup>.

Como podemos observar y a modo de conclusión, mucho es lo que se ha avanzado en los últimos años en la terapéutica de la cesación tabáquica, disponiéndose en la actualidad de un tratamiento eficaz y vislumbrándose en el futuro nuevas moléculas que se añadirán a las actualmente disponibles.

- 1 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfmann ST, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 283: 3244 – 3254.
- 2 Jiménez-Ruiz CA, Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 514 – 23.
- 3 Fiore MC, Hatsukami DK, Baker TB. Effective tobacco dependence treatment. *JAMA* 2002; 288: 1768 – 71.
- 4 Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. An evidence – based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002; 121: 932 – 41.
- 5 Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, et al. The clinical effectiveness and cost – effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: s systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2002; 6: 1 – 245
- 6 Raw M, Mc Neil A, West R. Smoking cessation guidelines for health professional: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system: *Thorax* 1998: 53 (suppl): S1 – S19.
- 7 Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. *CA Cancer J Clin* 2005; 55:281-299
- 8 Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Jan 23; (1): CD000146.
- 9 Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4): CD000031.
- 10 Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4): CD000165.
- 11 Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1): CD003999.
- 12 Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD001007.
- 13 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2): CD001292.
- 14 Lancaster T, Stead LF. Self – help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD001118.
- 15 Moller A, Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD002294.
- 16 Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Nortriptyline for smoking cessation: a review. *Nicotine Tob Res* 2005; 7: 491 – 9.
- 17 Lancaster T, Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis MJ. Prevention of relapse after quitting smoking: a systematic review of trials. *Arch Intern Med* 2006; 166: 828 -35.
- 18 Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Granda Orive JI et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol*. 2008; 44: 213 – 9.
- 19 Fiore M, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Update 2008. Disponible en URL (Consultada 16 de junio de 2008): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.28163>.
- 20 Warner C, Shoab M. How does bupropion works as a smoking cessation aids? *Addict Biol* 2005; 10: 219 – 31.
- 21 Damaj MI, Carrol FI, Eaton JB, Navarro HA, Blough BE, Mirza S et al. Enantioselective effects of hydroxy metabolites of bupropion on behaviour and on function of monoamine transporters and nicotinic receptors. *Mol Pharmacol* 2004; 66: 675 – 82.
- 22 Myles PS, Leslie K, Angliss M, Mezzavia P, Lee L. Effectiveness of bupropion as an aid to stopping smoking before elective surgery: a randomised controlled trial. *Anaesthesia* 2004; 59: 1053 – 8.
- 23 Simon JA, Duncan C, Carmody TP, Hudes ES. Bupropion for smoking cessation: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1797 – 803.

- <sup>24</sup> Cox LS, Patten CA, Niaura RS, Decker PA, Rigotti N, Sachs DPL et al. Efficacy of Bupropion for relapse prevention in smokers with and without a past history of major depression. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 893 – 5.
- <sup>25</sup> Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, et al. Sustained-Release Bupropion for Pharmacologic Relapse Prevention after Smoking Cessation A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 2001; 135: 423 - 33.
- <sup>26</sup> Killen JD, Fortmann SP, Murphy GM, Hayward C, Arredondo C, Crompton D, et al. Extended treatment with bupropion SR for cigarette smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 286 – 94.
- <sup>27</sup> Holmes S, Zwar N, Jiménez Ruiz CA, Ryan PJ, Browning D, Bergmann L et al. Bupropion as an aid to smoking cessation: a review of real-life effectiveness. *Int J Clin Pract* 2004; 58: 285-91.
- <sup>28</sup> Gonzalez DA, Nides MA, Ferry LH, Lustra LP, Jamerson BD, Segall N et al. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2001; 69: 438 – 44.
- <sup>29</sup> Durcan MJ, White J, Jorenby DE, Fiore MC, Rennard SI, Leischow SJ et al. Impact of prior nicotine replacement therapy on smoking cessation efficacy. *Am J health Behav* 2002; 26: 213 – 20.
- <sup>30</sup> Bolin K, Lindgren B, Willers S. The cost utility of bupropion in smoking cessation health programs: simulation model results for Sweden. *Chest* 2006; 129: 651 – 60.
- <sup>31</sup> Kotlyar M, Brauer LH, Al'absi M, Adson DE, Robiner W, Thuras P et al. Effect of bupropion on physiological measures of stress in smokers during nicotine withdrawal. *Pharmacol Biochem Behav* 2006; 83: 370 – 9.
- <sup>32</sup> Lerman C, Shields P, Wileyto Audrain J, Pinto A, Hawk L et al. Pharmacogenetics investigation of smoking cessation treatment. *Pharmacogenetics* 2002; 12: 627 – 34.
- <sup>33</sup> Kirchheiner J, Klein C, Meineke I, Sasse J, Zanger UM, Murtder TE et al. Bupropion and 4-OH- bupropion pharmacokinetics in relation to genetic polymorphisms in CYP2B6. *Pharmacogenetics* 2003; 13: 619 – 26.
- <sup>34</sup> Miksys S, Lerman C, Shields PG, Mash DC, Tyndale RF. Smoking, alcoholism and genetic polymorphism alter CYP2B6 levels in human brain. *Neuropharmacology* 2003; 45: 122 – 32.
- <sup>35</sup> Munafo M, Shields AE, Berrettini WH, Patterson F, Lerman C. Pharmacogenetics and nicotine addiction treatment. *Pharmacogenomics* 2005; 6: 211 – 23.
- <sup>36</sup> Lerman C, Shields PG, Wileyto EP, Audrain J, Hawk LH; Pinto A et al. Effects of dopamine transporter and receptor polymorphism on smoking cessation in a bupropion clinical trial. *Health Psychol* 2003; 22: 541 – 48.
- <sup>37</sup> Swan GE, Valdes AM, Ring HZ, Khroyan TV, Jack LM, Ton CC et al. Dopamine receptor DRD2 genotype and smoking cessation outcome following treatment with bupropion SR. *Pharmacogenomics J* 2005; 5: 21-9.
- <sup>38</sup> Davis SP, Niaura R, Papandonatos GD, Schadel WG, Burkholder GJ, Britt DM et al. Does the DRD2-Taq1 A polymorphism influence treatment response to bupropion hydrochloride for reduction of the nicotine withdrawal syndrome? *Nicotine Tob Res* 2003 Dec; 5: 935-42.
- <sup>39</sup> Lerman C, Berrettini W, Pinto A, Patterson F, Crystal – Mansour S, Wyleito EP et al. Changes in food reward following smoking cessation: a pharmacogenetic investigation. *Psychopharmacology (Berl)* 2004; 174: 571-7
- <sup>40</sup> National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. NICE technology appraisal 39. London: NICE, 2002. Disponible en URL (Consultada 22 de junio de 2008): <http://www.nice.org.uk/TA039>
- <sup>41</sup> Granda Orive JI, Martínez Albiach JM, Gutiérrez Jiménez T, Flórez Martín S, Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA. Terapia sustitutiva con nicotina a alta dosis. *Prev Tab* 2002; 4 (3): 136 – 141.
- <sup>42</sup> Shiffman S, Ferguson SG, Gwaltney CJ, Balabanis MH, Shadel WG. Reduction of abstinence – induced withdrawal and craving using high – dose nicotine replacement therapy. *Psychopharmacology (Berl)* 2006; 184: 637 – 44.
- <sup>43</sup> Niaura R, Sayette MA, Shiffman S, Glover ED, Nides M, Shelanski M et al. Comparative efficacy of rapid – release nicotine gum vs Nicorette in relieving smoking cue – provoked craving. Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT); New Orleans, LA, 2003.
- <sup>44</sup> D'Orlando KJ, Fox BS. Tolerability and pharmacokinetics of single and repeated doses of nicotine with The Straw, a novel nicotine replacement product. *Nicotine Tob Res* 2004; 6: 63 – 70.

- 45 İkinci G, Senel S, Tokgozoglu L, Wilson CG, Summu M. Development and in vitro/in vivo evaluations of bioadhesive buccal tablets for nicotine replacement therapy. *Pharmazie* 2006 [abstract]; 61: 203 – 7.
- 46 McClure JB, Swan GE. Tailoring nicotine replacement therapy: rationale and potential approaches. *CNS Drugs* 2006; 20: 281 – 91.
- 47 Schneider NG, Terrace S, Koury MA, Patel S, Vaghaiwalla B, Pendergrass R et al. *Psychopharmacology (Berl)* 2005; 182: 545 – 50.
- 48 Shiffman S, Ferguson SG, Gwaltney CJ. Immediate hedonic response to smoking lapses: relationship to smoking relapse, and effects of nicotine replacement therapy. *Psychopharmacology (Berl)* 2006; 184: 608 – 18.
- 49 Ford CL, Zlabek JA. Nicotine replacement therapy and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc* 2005; 80: 652 – 6.
- 50 Hubbard R, Lewis S, Smith C, Godfrey C, Smeeth L, Farrington P, Britton J. Use of nicotine replacement therapy and the risk of acute myocardial infarction, stroke, and death. *Tob Control* 2005; 14: 416 – 21.
- 51 Johnstone EC, Yudkin PL, Hey K, Roberts SJ, Welch SJ, Murphy MF et al. Genetic variation in dopaminergic pathways and short-term effectiveness of the nicotine patch. *Pharmacogenetics* 2004; 14: 83-90.
- 52 Yudkin PL, Munafo M, Hey K, Roberts S, Welch S, Johnstone E et al. Effectiveness of nicotine patches in relation to genotype in women versus men: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328: 989 – 90.
- 53 Lerman C, Wileyto EP, Patterson F, Rukstalis M, Audrain – McGovern J, Restine et al. The functional mu opioid receptor (OPRM1) Asn40Asp variant predicts short- term response to nicotine replacement therapy in a clinical trial. *Pharmacogenom J* 2004; 4: 184 – 92.
- 54 Lerman C, Jepson C, Wileyto EP, Epstein LH, Rukstalis M, Patterson F et al. Role of functional genetic variation in the dopamine D2 receptor (DRD2) in response to bupropion and nicotine replacement therapy for tobacco dependence: results of two randomized clinical trials. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31: 231 – 42.
- 55 National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee). Guidelines for smoking cessation. Wellington New Zealand 2004.
- 56 Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J et al. Varenicline: an alfa4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem* 2005; 48: 3474 – 77.
- 57 Papke RL, Heinemann SF. Partial agonist properties of cytisine on neuronal nicotinic receptors containing the beta2 subunit. *Mol Pharmacol* 1994; 45: 142 – 9.
- 58 Obach RS, Reed-Hagen AE, Krueger SS, Obach BJ, O'Connell TN, Zandi KS et al. Metabolism and deposition of varenicline, a selective alfa4beta2 acetylcholine receptor partial agonist, in vivo and in vitro. *Drug Metab Dispos* 2006; 34: 121 – 30.
- 59 Foulds J, Steinberg MB, Williams JM, Ziedonis DM. Developments in pharmacotherapy for tobacco dependence: past, present and future. *Drug Alcohol Reviews* 2006; 25: 59 – 71.
- 60 Fagerström KO, Balfour DJK. Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence. *Expert Opin. Investing Drugs* 2005; 15: 107 – 16.
- 61 Oncken C, Wastsky E, Reeves K, Anziano R. Proceedings of the 11 Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Praga, República Checa 2005.
- 62 Oncken C, Wastsky E, Reeves K, Anziano R. Varenicline is efficacious and well tolerated in promoting smoking cessation: results from 7 – week, randomized, placebo and bupropion controlled trial. Proceedings of the 11 Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Praga, República Checa 2005.
- 63 Tonstad S, Hays JT, Jorenby DE, Reeves K, Billing CB, Gong J et al. Smoking cessation efficacy and safety of an alfa4beta2 nicotinic receptor partial agonist. Results from varenicline in cessation therapy. Annual Meeting of the American Heart Association, Chicago, USA (November 15) 2005.
- 64 Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB et al. Varenicline, an  $\alpha 4 \beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained – release bupropion and placebo for smoking cessation. *JAMA* 2006; 296: 47 – 55.
- 65 Jorenby DE, Hays TJ, Rigotti N, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of varenicline, an  $\alpha 4 \beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained – release bupropion for smoking cessation. *JAMA* 2006; 296: 56 – 63.

- <sup>66</sup> Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves R for the varenicline Phase 3 study group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. *JAMA* 2006; 296: 64 – 71.
- <sup>67</sup> Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;(1):CD006103
- <sup>68</sup> West R, Baker CL, Cappelleri JC, Bushmakina AG. Effect of varenicline and bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt. *Psychopharmacology (Berl)*. 2008;197: 371-7.
- <sup>69</sup> Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: Results from a randomised, open-label trial. *Thorax* 2008; doi: 10.1136/thx.2007.090647.
- <sup>70</sup> Bolin K, Mörk AC, Willers S, Lingren B. Varenicline as compared to bupropion in smoking-cessation therapy—cost-utility results for Sweden 2003. *Resp Med.* 2008 May;102(5):699-710.
- <sup>71</sup> Hoogendoorn M, Welsing P, Rutten-Van Molken MP. Cost-effectiveness of varenicline compared with bupropion, NRT, and nortriptyline for smoking cessation in the Netherlands. *Curr Res Med Opin.* 2008; 24: 51 – 61.

Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

## CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS DEL FUMADOR

Ángela Ramos Pinedo

*Servicio de Neumología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón*

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva recidivante que tiene una elevada prevalencia. Es un factor etiológico claramente establecido para muchas enfermedades respiratorias, cardiovasculares y neoplásicas y con frecuencia causa de reagudización de las mismas; No hay que olvidar la repercusión sobre el embarazo y el parto, ni tampoco los efectos del humo del tabaco en el fumador pasivo. Se sabe que es la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura evitable en países desarrollados. Constituye por tanto, un importante problema de salud pública que requiere un abordaje multidisciplinar en el que deberían estar implicados todos los profesionales sanitarios.

Es fundamental realizar un diagnóstico correcto en cada paciente porque se sabe que cuando la intervención sobre tabaquismo se adecua a las características individuales de cada fumador aumenta su eficacia y eficiencia. Como en todas las enfermedades crónicas existen niveles de atención al fumador que dependerán de las características clínicas del paciente y de las características del entorno sanitario. Una comunicación fluida entre los distintos niveles asistenciales y unos criterios de deri-

vación claramente establecidos permitirán optimizar los recursos y ampliar la asistencia a un mayor número de fumadores.

El diagnóstico se fundamenta en la historia clínica y en la realización de exploraciones complementarias generales y específicas para esta patología.

El objetivo de este artículo es analizar las características diagnósticas del paciente fumador que nos serán de mayor utilidad para establecer un pronóstico y orientar la pauta terapéutica más adecuada de cada fumador.

### HISTORIA CLINICA DE TABAQUISMO

Como en cualquier enfermedad la primera actuación dentro del proceso diagnóstico es realizar una buena historia clínica en la que se deben analizar los siguientes aspectos:

- Anamnesis general y específica de tabaquismo
- Exploración física

- Estudio de la fase de abandono
- Análisis de la motivación
- Análisis de la dependencia
- Valoración del Síndrome de abstinencia

## ANAMNESIS

Hay que conocer el estado de salud del fumador y las consecuencias que para la misma ha tenido el consumo de tabaco.

En este apartado hay que preguntar al paciente sobre antecedentes patológicos generales. El paciente fumador tiene aumentadas las posibilidades de padecer determinadas enfermedades que se atribuyen al consumo de tabaco: enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas y neoplasias. Se interrogará de manera especial sobre posibles síntomas relacionados con estas patologías: tos, disnea, angor, claudicación intermitente etc.

Es importante conocer la presencia de enfermedades que pudieran contraindicar alguno de los tratamientos recomendados en la deshabituación tabáquica y la presencia de alergias así como conocer los tratamientos que el paciente toma de forma habitual para considerar las posibles interacciones farmacológicas.

En la Anamnesis específica de tabaquismo preguntaremos al fumador sobre los siguientes aspectos:

### **Antecedentes de tabaquismo.**

Hay que interrogar al paciente sobre:

- Hábito tabáquico de los padres

- Edad de inicio en el consumo de tabaco; analizar cómo ha variado el número de cigarrillos consumidos desde el inicio del consumo hasta la actualidad
- Edad de inicio al consumo actual

### **Tabaquismo actual**

Hay que preguntar al fumador:

- Número de cigarrillos consumidos; dentro de este apartado es fundamental determinar no sólo el número de cigarrillos consumidos al día sino también cuánto tiempo lleva el paciente fumando; estos datos se engloban en el concepto número de paquetes/año que se calcula multiplicando el número de cigarrillos consumidos al día por el número de años que lleva fumando y el resultado se divide por 20.

Conocer el número paquetes/año consumidos por el fumador nos proporciona información de las posibilidades de éxito o fracaso en un intento de deshabituación y también del riesgo que tiene de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

- Cantidad de nicotina que contienen los cigarrillos.
- Analizar el patrón de consumo: cada fumador consumirá nicotina siguiendo un patrón individual y variable más o menos ajustado a las necesidades de cada momento, es "el modo de fumar". Preguntar al fumador sobre los siguientes aspectos nos permitirá conocer este aspecto.

- Número de caladas
- Profundidad de la inhalación

- Tiempo de retención en los pulmones
- Tiempo transcurrido entre cigarrillos
- Si se despierta para fumar por la noche

La realización de un autorregistro los días previos a la fecha elegida para dejar de fumar también puede ayudarnos a conocer su patrón de consumo.

### **Intentos de abandono de tabaquismo**

Es importante interrogar al fumador sobre:

- Número de intentos de abandono previos realizados por el paciente,
- Periodo de tiempo más largo que ha permanecido abstinentemente
- Tratamientos utilizados en los intentos previos y tolerancia de los mismos
- Motivos de recaída; es fundamental saber si el paciente volvió a fumar por razones sociales, síndrome de abstinencia, por la preocupación por la ganancia de peso etc.... para en el nuevo intento tratar de prevenir de forma efectiva las recaídas.

### **Estudio del ámbito social**

Hay que identificar los apoyos o resistencias que el fumador va encontrar en su entorno familiar, laboral ó de amigos.

### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Debe realizarse una exploración física general pero prestaremos especial atención a la exploración cardio-pulmonar y la ex-

ploración del sistema vascular periférico.

Es importante determinar la presión arterial, pulso y peso corporal en la visita inicial y durante el seguimiento, porque, estos parámetros, pueden alterarse durante el proceso de abandono del tabaco y es importante monitorizar dicha variación.

### **ESTUDIO DE LA FASE DE ABANDONO**

Dejar de fumar no es un hecho puntual en la vida del fumador sino que es un proceso con diferentes cambios de conducta a lo largo del tiempo. Las modificaciones de conducta en general no son repentinas sino que ocurren de forma gradual y progresiva en el tiempo. Entender la deshabitación tabáquica como un proceso nos permite mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo.

El modelo transteórico del cambio propuesto por Prochaska y Diclemente se ha aplicado extensamente para dejar de fumar. En el proceso de deshabitación tabáquica se distinguen cinco etapas. Estas etapas son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento; Este proceso no es unidireccional y un hecho frecuente dentro del proceso de abandono son las recaídas. Aunque la mayoría de las recaídas ocurren de forma temprana hay que tener en cuenta que también pueden producirse más tardíamente, a veces incluso años después del abandono.

Los fumadores se encuentran en una fase o en otra en función de cual es su actitud con respecto a la realización de un intento serio de abandono del tabaco; las características del fumador en cada una de estas fases son distintas, así como la intervención terapéutica que debe realizarse.

- Fase de precontemplación: los fumadores no tienen intención de cambiar su conducta con respecto al hábito de fumar en los próximos 6 meses; son individuos que no conocen o no quieren conocer los efectos negativos del tabaco. Los "pros" para continuar fumando superan a los "contras", son fumadores consonantes. Se estima que entre un 30-35% de los fumadores se encuentran en esta fase.
- Fase de contemplación: los fumadores están pensando seriamente dejar de serlo en los próximos 6 meses; generalmente son fumadores que han intentado dejar de fumar en varias ocasiones pero han tenido graves dificultades para conseguirlo. El recuento de "pros" y "contras" es casi idéntico. Aproximadamente la mitad de los fumadores están en esta fase.
- Fase de preparación: son fumadores que se plantean abandonar el consumo de tabaco en el próximo mes. Los "pros" para dejar de fumar superan claramente a los "contras", son fumadores disonantes. En esta etapa están aproximadamente un 15% de los fumadores
- Fase de acción: son exfumadores de menos de 6 meses de evolución; es la fase donde existe mayor riesgo de recaídas.
- Fase de mantenimiento: son exfumadores de más de 6 meses de evolución.

En las tres primeras fases, la sensibilización y motivación que tienen los fumadores para dejar de fumar es distinta. La actuación terapéutica, que será diferente dependiendo de la fase en la que se encuentre el fumador, estará dirigida a favorecer la progresión del paciente dentro del proceso

de abandono de tabaco hasta conseguir la abstinencia.

Para aumentar las posibilidades de éxito es importante hacer un diagnóstico preciso para situar al paciente fumador en la fase en la que se encuentra dentro de su propio proceso de abandono del tabaco. Esto puede realizarse de forma rápida mediante unas sencillas preguntas.

### ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN

Se ha comprobado que la motivación para dejar de fumar es una de las variables básicas en todo intento de abandono; si el fumador no tiene la suficiente motivación el fracaso está asegurado.

Durante la entrevista conviene conocer si el fumador está dispuesto a realizar un intento serio de abandono y para ello se le puede preguntar directamente y valorar su actitud.

También es importante realizar un análisis de cuales son las razones, conscientes o inconscientes, que el fumador tiene para abandonar el consumo de tabaco. En general, las razones que suelen dar los fumadores son:

- Razones de salud tanto para el propio fumador como para los demás.
- Razones económicas.
- Por presión social o familiar.
- Para mejorar el autocontrol y aumento de la autoestima.
- Papel modélico para hijos, alumnos, pacientes...
- Para mejorar la higiene y estética personal.

Nuestro objetivo es ayudar al paciente para que haga evidentes estas razones y esto debe hacerse durante la entrevista de forma personalizada, preguntándole sobre cada una de ellas. Los pacientes que no quieren dejar de fumar pueden ignorar la información necesaria sobre los efectos nocivos del tabaco, las posibilidades de tratamiento y los beneficios a corto y largo plazo de dejar de fumar. Identificar estos aspectos nos permitirá realizar una intervención motivacional adecuada a cada paciente.

Es también muy útil que el paciente confeccione una lista de motivos para dejar de fumar y que pueda recurrir a ella como refuerzo psicológico durante el proceso de deshabituación, especialmente en los momentos de "debilidad".

Para conocer la motivación del fumador puede utilizarse distintos cuestionarios como el test de Richmond o el test desarrollado por el Centro de Ayuda al Cese de Tabaquismo del Hospital Henri Mondor de Paris.

El test de Richmond consta de cuatro preguntas y valora el grado de motivación para dejar de fumar en una escala de 1 a 10 puntos. Nos permite clasificar la motivación:

- Motivación baja, si la puntuación obtenida es menor o igual 6
- Motivación moderada, si la puntuación obtenida está entre 7 y 9
- Motivación alta, si la puntuación obtenida es igual a 10

Para incluir al fumador en un programa de deshabituación tabáquica, con ciertas expectativas de éxito, es necesario que la puntuación del test sea de 9 a 10.

El test desarrollado por el Centro de Ayuda al Cese de Tabaquismo del Hospital Henri Mondor de Paris es un cuestionario de 15 preguntas que nos permite calcular las posibilidades de éxito.

Una forma muy sencilla y recomendable para analizar la motivación es utilizar una escala análogo-visual en la que el sujeto pueda señalar un número entre 0 y 10. La puntuación de 0 se corresponde con no querer en absoluto dejar de fumar y la puntuación de 10 quiere decir sentirse muy motivado para hacer un serio intento de abandono.

### ANÁLISIS DE LA DEPENDENCIA

El tabaquismo es una drogodependencia. De todas las sustancias presentes en el humo del tabaco la nicotina es la responsable de generar la dependencia física y tolerancia; cuando se interrumpe la administración de nicotina aparecen los signos y síntomas del síndrome de abstinencia. No obstante, en el mantenimiento del hábito tabáquico, están implicados otros factores que son los responsables de la dependencia psicológica, social y conductual.

Analizar el grado y tipo de dependencias que el fumador padece es una parte fundamental de la historia clínica de estos pacientes. Las dependencias que deben ser evaluadas son las siguientes: física, psíquica, social y gestual

Además el fumador debe ser estudiado en su forma de consumir tabaco y tratar de descubrir cual es el objetivo fundamental cuando consume la droga.

#### **Análisis de la dependencia física.**

Alrededor del 80% de los fumadores desarrollan dependencia física por la nicotina

debido a la aparición de lesiones estructurales en las membranas de sus neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo.

Podemos analizar el grado de dependencia física que tiene un fumador mediante cuestionarios específicos especialmente diseñados para ello ó mediante la determinación de los niveles séricos de nicotina ó mejor de su metabolito la cotinina.

Los cuestionarios más utilizados para evaluar la dependencia física son:

- El Fagerström Tolerance Nicotina Dependence (FTND), que es la versión revisada del Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ).

Disponemos también de versiones de este cuestionario para aplicación en la población adolescente y en los usuarios de tabaco sin humo.

- The Hooked Nicotine Checklist (HONC)

El Fagerström Tolerance Nicotina Dependence (FTND) (anexo I) ha sido ampliamente utilizado en numerosos estudios poblacionales y es el instrumento que se ha mostrado más útil para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Es un test sencillo de 6 preguntas con respuestas múltiples que el fumador tiene que contestar. Cada pregunta lleva asociada una puntuación y se obtiene la puntuación total de la suma de todas ellas. Este test nos permite clasificar la dependencia física a la nicotina en:

- Dependencia muy baja si se obtiene una puntuación entre 0 y 1 puntos.
- Dependencia baja si la puntuación es

de 2 a 3 puntos.

- Dependencia moderada si la puntuación es de 4 a 5 puntos.
- Dependencia alta si la puntuación es de 6 a 7 puntos.
- Dependencia muy alta cuando la puntuación es de 8 a 10

En determinadas circunstancias puede conocerse el grado de dependencia a la nicotina sin necesidad de realizar el test completo; basta con preguntar al fumador cual es el número de cigarrillos consumidos al día, el tiempo que pasa desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo y cual es el cigarrillo que le causa más satisfacción. De todas las preguntas la más recomendable para conocer la dependencia física por la nicotina es la que hace referencia al tiempo que se tarda en fumar el primer cigarrillo tras el periodo de descanso nocturno.

Este test nos da información no sólo del grado de dependencia física que tiene el fumador, sino también, nos ayuda a orientar la pauta de tratamiento farmacológico en función del resultado obtenido y nos permite valorar el riesgo de desarrollar determinados tipos de enfermedades asociadas al consumo de tabaco.

Recientemente, DiFranza et al han lanzado una nueva teoría para la conceptualización, justificación y medida de la dependencia a la nicotina. Este grupo sostiene que la dependencia comienza cuando se pierde la autonomía para poder prescindir del tabaco. La medida de la pérdida de autonomía es más sensible y podría detectar la dependencia desde el comienzo de sus síntomas en comparación con los sistemas de medida tradi-

cional que demuestran las alteraciones en las fases más avanzadas del proceso. Esto lo hace especialmente interesante en sujetos más jóvenes ó fumadores de menor consumo.

Este grupo propone proponen The Hooked Nicotine Checklist (HONC) ( anexo II) como instrumento de medida indirecta de la dependencia. Inicialmente se diseñó para el uso en fumadores jóvenes.

Este test puede utilizarse para investigación, prevención ó tratamiento y puede aplicarse a fumadores de cualquier edad etnia ó género. Puede pasarse tanto en entrevista como auto cumplimentado. Es independiente del número de cigarrillos fumados y esto lo hace interesante en el estudio comparativo de poblaciones con distinto nivel de consumo. Se puntúa de 0 a 10 como resultado de la suma de los ítems contestados como "sí"

- Puntuación 0: autonomía completa o plena
- Puntuación 10: pérdida total de autonomía.
- Valores intermedios demuestran diferentes grados de la pérdida de autonomía.

Para medir la dependencia física a la nicotina también puede utilizarse la determinación de cotinina en plasma. Se considera una dependencia alta cuando las concentraciones séricas sean mayores de 250 ng/ml y dependencia moderada cuando sean menores o iguales a dicha cifra. Esta última determinación no es aplicable de forma tan generalizada como el test de Fagerström porque tiene un coste económico mayor y no esta disponible en todas las consultas.

### **Análisis de la dependencia psicosocial y conductual**

Además de la dependencia física causada por la nicotina, en el mantenimiento del hábito tabáquico, también están implicadas otras variables psicológicas, sociales y conductuales que es importante identificar en cada uno de los pacientes fumadores para ofrecerles el apoyo psicológico más adecuado y así aumentar sus posibilidades de éxito.

El fumador está acostumbrado a enfrentarse a múltiples situaciones de su vida diaria con la ayuda de un cigarrillo: situaciones complicadas y estresantes, relaciones interpersonales, situaciones sociales (aperitivo, café..) e incluso realiza una asociación entre las sensaciones que vive y los sabores que siente con el consumo del tabaco. Todo esto le crea una dependencia psíquica y social que también debemos diagnosticar y tratar adecuadamente.

También los fumadores desarrollan una dependencia gestual que debemos considerar; para un fumador el hecho de sacar el cigarrillo de la pitillera o el de dar una pipada es un gesto que han hecho miles de veces y esto les va ocasionar una dependencia gestual.

Para diagnosticar este tipo de dependencia disponemos de distintos cuestionarios:

- Glover Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SMQ)
- Test de Russell
- Test de la Unidad del Instituto de Salud Pública de Madrid (UISPM).

El test de Glover-Nilsson (Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire, G-

NSBQ) (anexo III) que es un cuestionario que nos informa sobre el comportamiento del fumador. Este cuestionario en su versión más reciente consta de 11 ítems que se puntúan en una escala de 0 a 4. Las preguntas 1, 4 y 5 miden dependencia psicológica

Las preguntas 2 a 3 y 6 a 10 miden dependencia gestual y la pregunta 11 dependencia social. Según la puntuación obtenida se puede cuantificar la dependencia como

- Dependencia leve: puntuación de 0 a 11
- Dependencia moderada: puntuación de 12 a 22
- Dependencia fuerte: puntuación de 23 a 33
- Dependencia muy fuerte: puntuación de 34 a 44.

El cuestionario que forma parte del protocolo diagnóstico de la Unidad Especializada de Tabaquismo del Instituto de salud Pública de la Comunidad de Madrid (anexo IV) es un test de 23 preguntas que debe auto cumplimentar el fumador después de una breve explicación de su médico. Cada una de las preguntas debe ser contestada por el sujeto de acuerdo a la escala que se especifica. Permite valorar 6 aspectos diagnósticos del fumador y cuantificarlos en función de la puntuación obtenida. Permite conocer los diferentes grados de dependencias: psicológica, social y gestual y también sirve para analizar algunas características del tabaquismo del paciente. Se puede detectar el grado de automatismo, el grado de sedación y el grado de estimulación que el fumador padece.

Otra de las características diagnósticas del paciente fumador que interesa conocer antes de indicar un tratamiento es identificar cual es la razón que le lleva a consumir tabaco, para ello podemos utilizar un cuestionario sencillo que es Fagerström Reinforcement Question (FRQ). Este test nos ayuda a discriminar si el fumador consume tabaco para evitar el padecimiento del síndrome de abstinencia, son fumadores con recompensa negativa, o por el contrario fuman para disfrutar de la sensación placentera que les produce el cigarrillo, estos serían fumadores con recompensa positiva.

## SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y CRAVING

El estudio del síndrome de abstinencia y del Craving es una parte trascendental de la historia clínica del tabaquismo pues ambos son responsables de buena parte de las recaídas.

El síndrome de abstinencia se define como el conjunto de signos y síntomas de naturaleza física y psíquica que aparecen como consecuencia de la reducción o del abandono del consumo de tabaco.

Es importante conocer la intensidad de los síntomas y el curso clínico de los mismos en nuestro paciente fumador para poder anticiparnos a las recaídas y prevenir el fracaso. Conviene analizar la intensidad del síndrome de abstinencia incluso antes del momento de abandono para disponer de una medición basal del mismo y luego de forma continuada durante el seguimiento al menos durante las primeras 4-8 semanas.

El curso clínico del síndrome de abstinencia varía de un fumador a otro. No todos los fumadores padecen el síndrome de abstinencia con la misma intensidad sino que existe

variabilidad en la intensidad y duración de los distintos síntomas y signos.

Existen varios cuestionarios para valorar la intensidad del síndrome de abstinencia. Los más utilizados son los siguientes:

- MPSS: Mood Physical Symptoms Scale
- CWS: Cigarette Withdrawal Scale
- POMS: Profile Of Mood Scale
- SCS: Smokers Complaint Scale
- SS: Shifman Scale
- SJWS: Shifman and Jarvis Withdrawal Scale
- WWS: Wisconsin Withdrawal Scale
- MNWS: Minnesota Nicotine Withdrawal Scale

Uno de los más utilizados es: MNWS: Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (anexo V). Es un cuestionario constituido por 9 ítems que el fumador debe contestar de acuerdo a lo que ha sentido en las últimas 24 horas. Cada uno de los ítems debe ser valorado por el sujeto en una escala que va desde 0 a 4 donde 0 se corresponde con la ausencia del síntoma y 4 se corresponde con la presencia severa del mismo.

Lo más interesante de la valoración de síndrome de abstinencia es ver la evolución de cada uno de los síntomas en nuestro paciente durante el seguimiento del proceso de deshabituación. Identificar la persistencia de alguno de estos síntomas debe hacernos replantear la conducta terapéutica para anticiparnos a la posible recaída y evitar el fracaso en la deshabituación.

Los que más se relacionan con recaídas son la disforia y craving

Puede ser interesante analizar de forma separada el craving porque tiene un curso clínico diferente a los otros síntomas del síndrome de abstinencia. El craving se define como el deseo irrefrenable de volver a consumir cigarrillos después de 8 a 12 horas sin fumar. Deben analizarse los siguientes aspectos de este síntoma: intensidad, duración, ciclo de aparición y relación con factores externos.

Es importante investigar los factores externos que se asocian a la aparición del craving para advertir al paciente que en las primeras semanas evite esos factores en la medida de lo posible. Posteriormente de forma progresiva se podrá exponer a esas circunstancias.

Se han desarrollado diferentes cuestionarios para evaluar adecuadamente el craving

Algunos tienen como único objetivo la evaluación del craving ,otros evalúan el síndrome de abstinencia e incluyen el craving como un síntoma más del mismo. Uno de los más sencillos es El Single Rating of Craving (anexo VI). Consta de una sola pregunta y de forma sencilla evalúa la necesidad de consumir un cigarrillo en las últimas 24 hora. Con este test sencillo se puede obtener suficiente información para conocer la evolución de la intensidad de este síntoma y saber si el tratamiento está teniendo el efecto deseado o por el contrario existe riesgo de recaídas.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Las exploraciones complementarias nos van a permitir identificar otros factores de

riesgo asociados y ayudan al diagnóstico de patología relacionada con el consumo de tabaco. Se indicaran en función de la sospecha clínica tras la anamnesis.

De todos los biomarcadores de exposición al humo de tabaco los que mayor aplicación tienen en la práctica clínica son la determinación de monóxido de carbono en aire espirado y la determinación de cotinina sanguínea. Ambos con elevada sensibilidad y especificidad.

### **Cooximetría**

Es la determinación de la cantidad de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado del paciente. Esta medición se realiza con un cooxímetro.

El monóxido de carbono es uno de los constituyentes del humo del tabaco que se produce en la combustión del cigarrillo. Se combina con la hemoglobina para formar carboxihemoglobina (HbCO); tiene una afinidad para combinarse con la hemoglobina (Hb) que es 240 veces superior a la que tiene el oxígeno.

La consecuencia inmediata del aumento de COHb en sangre es la hipoxia tisular. El CO desplaza al O<sub>2</sub> y además dificulta su liberación a los tejidos, efecto que es más evidente durante el ejercicio o en determinados células como el músculo cardiaco o células del SNC. La vida media de la COHb respirando aire es de 6 horas. Puede conocerse la cantidad de COHb determinando sus niveles en sangre. La determinación de COHb es útil como medición del grado de tabaquismo y como medición de factor de riesgo cardiovascular. Pero es una medida que resulta cruenta para el paciente. Otra posibilidad es determinar el CO en el aire espirado por medio de un cooxí-

metro puesto que se sabe que existe una relación lineal entre los niveles de CO en el aire espirado y los de la HbCO en sangre.

Para realizar una cooximetría el cooxímetro tiene que haber sido colocado a cero; el paciente debe realizar una inspiración profunda y una pausa de apnea de unos 15 segundos y después debe realizar una espiración lenta prolongada y completa a través de la boquilla del aparato; a los pocos segundos podremos leer la cantidad de CO en partes por millón (ppm) en el indicador del cooxímetro.

Generalmente el punto de corte entre fumadores y no fumadores se establece en 10 ppm, situándose los fumadores por encima de esta cifra. Es habitual que en fumadores esporádicos los niveles de CO encontrados se sitúen entre 6 y 10 ppm y que en no fumadores los niveles encontrados sean inferiores a 6 ppm.

La vida media del CO es corta entre 2 y 5 horas. Distintas situaciones pueden variar la, así, con el ejercicio baja a una hora y con el sueño aumenta a 8 horas. Las cifras de CO en el aire espirado comienzan a normalizarse a partir de 48-72 horas de abandonar el consumo de tabaco. El mejor momento para la determinación de CO son las últimas horas del día.

Cuando realicemos una cooximetría hay que tener en cuenta algunas consideraciones porque el CO en los fumadores va depender de:

- Número de cigarrillos consumidos. Existe una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos y las concentraciones de CO en el aire espirado por el fumador; de manera, que cuanto mayor es el número de cigarrillos con-

sumidos más alta es la cantidad de CO obtenida.

- Patrón de consumo: número de pipadas, si inhala el humo o no, profundidad de la pipada.
- Número de horas transcurridas desde el último cigarrillo
- La exposición a otras posibles fuentes: calefacciones, tabaquismo pasivo, gases de automóviles etc.

La cooximetría es un método barato, de fácil manejo e incruento; todas estas características hacen que sea de uso recomendado en las consultas de deshabituación tabáquica.

La determinación de CO se puede utilizar:

- Como marcador de exposición al tabaco o a otras fuentes de CO.
- Conocer el grado de tabaquismo
- Validar la afirmación verbal de abstinencia.
- Valorar el riesgo de desarrollar determinadas patologías relacionadas con el consumo de tabaco; se sabe que los fumadores que tiene concentraciones más altas de CO en su aire espirado tienen más probabilidad de desarrollar determinadas enfermedades que aquellos fumadores que tienen concentraciones de CO más bajas.
- Como factor motivador o de refuerzo positivo. Conocer un parámetro objetivo que les indique el daño que el tabaco les está causando puede motivarles para el abandono y observar el

descenso rápido de los niveles de CO en la primera vista tras el abandono les permite valorar los beneficios inmediatos por dejar de fumar.

### **Determinación de cotinina**

La nicotina se metaboliza en el hígado siendo dos sus metabolitos principales: N-óxido-nicotina que corresponde al 5% de la nicotina metabolizada y la cotinina que corresponde al 80%-90%. Posteriormente la cotinina se transforma en 3-trans-hidroxicotinina.

La cotinina tiene una vida media más prolongada que la nicotina (entre 11 y 37 horas) y alcanza niveles sanguíneos entre 10 y 15 veces superiores a la nicotina. Los niveles sanguíneos de cotinina son los más estables.

La sensibilidad y especificidad de la determinación de cotinina para discriminar fumadores y no fumadores son altas. El punto de corte para discriminar fumadores y no fumadores es de 10 ng/ml. En la práctica clínica la determinación de cotinina en sangre nos permite:

- Discriminar fumadores de no fumadores.
- Validación de abstinencia.
- Diagnosticar el grado de tabaquismo que padece el paciente, siendo sin duda el parámetro más objetivo
- Orientar la pauta terapéutica al poder calcular el índice de sustitución de cotinina. Estaría indicado en las Unidades Especializadas de Tabaquismo cuando se va utilizar TSN a altas dosis ó cuando haya que vigilar estrechamente los posibles efectos secundarios de la TSN como pueden ser embarazadas y cardiópatas.

## CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DIAGNÓSTICOS

La aproximación diagnóstica del paciente fumador va depender de las características del paciente y del objetivo último de la intervención así como del nivel asistencial en el que ésta se desarrolle la misma. No obstante existe un conjunto mínimo de datos diagnósticos que deben recogerse de forma obligada en la historia clínica del fumador y que hay que conocer antes de realizar una intervención terapéutica.

Estos datos son los siguientes:

- Paquetes /año
- Fase de abandono
- Motivación
- Intentos previos y motivos de recaídas
- Dependencia física

En las Unidades Especializadas de Tabaquismo el diagnóstico debe ser más exhaustivo.

## BIBLIOGRAFIA

- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, Alonso Moreno J, De la Cruz Amorós E y Abengoza Muela R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol 2003; 39 (1): 35-41.
- A. Ramos Pinedo, E. Prieto Gómez. Estudio clínico del fumador. En: Tratado de Tabaquismo. C A. Jiménez Ruiz y K. Fagerström (eds). Editorial Ergón. 2007: 275-285
- Fagerström KO, Schenider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12:159-182.
- Heatherton TE, Kozowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of de Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-1127.
- Glover ED, Nilsson F, Westin A,, Glover PN, Laflin MT, Persson B. Developmental history of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. Am J Health Behav 2005; 29(5): 443-55.
- Richmond RL, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioner. Addiction 1993; 88: 1127-35.
- Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: implications for clinicians. Clin Chest Med 1991; 12: 727-35
- <http://fmchapps.umassmed.edu/honc/TOC.htm>

ANEXO I

**FAGERSTRÖM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE (FTND)**

**1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?**

- Menos de 10.....0 ptos.  
Entre 11 y 20.....1 pto.  
Entre 21 y 30.....2 ptos.  
31 o más.....3 ptos.

**2.- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?**

- Más de 60 minutos.....0 ptos.  
De 31 a 60 minutos.....1 pto.  
De 6 a 30 minutos.....2 ptos.  
Hasta 5 minutos.....3 ptos.

**3.-¿De todos los cigarrillos que consume al día ¿Cual es el que más necesita?**

- El primero de la mañana.....1 pto.  
Cualquier otro.....0 ptos.

**4.-¿Encuentra difícil no fumar en lugares en los que está prohibido?**

- Si.....1 pto.  
No.....0 ptos.

**5.-¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?**

- Si.....1 pto.  
No.....0 ptos.

**6.- Después de consumir el primer cigarrillo del día ¿Fuma rápidamente algunos más?**

- Si.....1 pto.  
No.....0 ptos.

**Valoración:**

- De 0 a 3 puntos: dependencia baja.  
De 4 a 6 puntos: dependencia moderada.  
De 7 a 10 puntos: dependencia alta.

ANEXO II

THE HOOKED ON NICOTINE CHECKLIST (HONC)

	NO	SI
¿Alguna vez trató de dejar de fumar, pero no pudo?		
¿Actualmente fuma porque le es muy difícil dejar de fumar?		
¿Alguna vez sintió que tenía adicción al tabaco?		
¿A veces, siente usted fuertes deseos de fumar?		
¿Alguna vez sintió que realmente necesitaba un cigarrillo?		
¿Le es difícil fumar en lugares donde se supone que no debe fumar?		

*Cuándo no fumó por un tiempo..o, cuando trató de dejar de fumar...*

	NO	SI
¿Le fue difícil concentrarse porque no podía fumar?		
¿ Se sintió más irritable porque no podía fumar?		
¿Sintió una fuerte necesidad o urgencia porque no podía fumar?		
¿Se sintió nervioso, intranquilo o ansioso porque no podía fumar?		

ANEXO III

**TEST DE GLOVER-NILSON ( VERSIÓN DE 11 ÍTEMS)**

Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el número que mejor refleje su elección  
 0 = nada en absoluto, 1 = algo, 2 = moderadamente, 3 = mucho, 4 = muchísimo

**¿Cuánto valora lo siguiente? (pregunta 1 a 2)**

- |   |   |           |
|---|---|-----------|
| 1 | Mi hábito de fumar es muy importante para mí                  | 0 1 2 3 4 |
| 2 | Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual de fumar | 0 1 2 3 4 |

**¿Cuánto valora lo siguiente? (preguntas de 3 a la 11)**

Por favor seleccione la respuesta haciendo un círculo en el número que mejor refleje su elección  
 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = veces, 3 = a menudo, 4 = siempre

- |    |   |           |
|----|---|-----------|
| 3  | ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?   | 0 1 2 3 4 |
| 4  | ¿Se recompensa a si mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?   | 0 1 2 3 4 |
| 5  | ¿Cuándo no tiene tabaco le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?   | 0 1 2 3 4 |
| 6  | ¿Cuándo se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?   | 0 1 2 3 4 |
| 7  | ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida(alcohol, café,etc)                                  | 0 1 2 3 4 |
| 8  | ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin deseirlo realmente   | 0 1 2 3 4 |
| 9  | ¿ A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos..) y los chupa para relajarse del estrés, tensión frustración,etc? | 0 1 2 3 4 |
| 10 | ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?  | 0 1 2 3 4 |
| 11 | ¿Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, etc., se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?                        | 0 1 2 3 4 |

## ANEXO IV

### TEST DE LA UNIDAD DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE MADRID (UISPM)

1	Fumo para mantenerme despierto	0 1 2 3 4
2	Cuando fumo, me encuentro alerta	0 1 2 3 4
3	Me gusta fumar cuando trabajo	0 1 2 3 4
4	Cuanto más cosas hago, más fumo	0 1 2 3 4
5	Si estoy preocupado , fumo mucho	0 1 2 3 4
6	Enciendo un cigarrillo cuando me enfado	0 1 2 3 4
7	Fumo sin recordar haberlo encendido	0 1 2 3 4
8	Me encuentro fumando varios cigarrillos al mismo tiempo	0 1 2 3 4
9	Enciendo cigarrillos por rutina, sin deseárselos realmente	0 1 2 3 4
10	A menudo me pongo cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca	0 1 2 3 4
11	Cuando fumo me relaciono mejor con la gente	0 1 2 3 4
12	Fumo más cuando estoy con otra gente	0 1 2 3 4
13	Cuando fumo hablo más con la gente	0 1 2 3 4
14	Algunos lugares o circunstancias me incitan a fumar	0 1 2 3 4
15	Cuando estoy solo rodeado de gente, me siento más seguro con un cigarrillo	0 1 2 3 4
16	Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0 1 2 3 4
17	Me recompenso a mí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea	0 1 2 3 4
18	Cuando no tengo tabaco me resulta difícil concentrarme	0 1 2 3 4
19	Juego y manipulo un cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0 1 2 3 4
20	Me pongo algo en la boca para evitar fumar	0 1 2 3 4
21	Cuando me hallo en un lugar donde no se puede fumar juego con un cigarrillo o con un paquete de tabaco	0 1 2 3 4
22	Parte de mi placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo	0 1 2 3 4
23	No se mover las manos sin un cigarrillo	0 1 2 3 4

**Estimulación**

(preguntas 1 a la 4)

Nula	0 puntos
Baja	1-4 puntos
Media	5-10 puntos
Alta	11-15 puntos
Máxima	16 puntos

**Dependencia social**

(preguntas 11 a la 15)

Nula	0 puntos
Baja	1-6 puntos
Media	7-13 puntos
Alta	14-19 puntos
Máxima	20 puntos

**Sedación**

(preguntas 5 a la 6)

Nula	0 puntos
Baja	1-2 puntos
Media	3-5 puntos
Alta	6-7 puntos
Máxima	8 puntos

**Dependencia psicológica**

(preguntas 16 a la 18)

Nula	0 puntos
Baja	1-3 puntos
Media	4-6 puntos
Alta	7-11 puntos
Máxima	12 puntos

**Automatismo**

(preguntas 7 a la 10)

Nula	0 puntos
Baja	1-4 puntos
Media	5-10 puntos
Alta	11-15 puntos
Máxima	16 puntos

**Dependencia gestual**

(preguntas 19 a la 23)

Nula	0 puntos
Baja	1-6 puntos
Media	7-13 puntos
Alta	14-19 puntos
Máxima	20 puntos

## ANEXO V

### MINNESOTA NICOTINE WITHDRAWAL SCALE

Craving	0 1 2 3 4
Disforia	0 1 2 3 4
Irritabilidad/frustración/ira	0 1 2 3 4
Ansiedad	0 1 2 3 4
Dificultad de concentración	0 1 2 3 4
Inquietud	0 1 2 3 4
Aumento de apetito	0 1 2 3 4
Dificultad para dormirse	0 1 2 3 4
Dificultad para quedarse dormido	0 1 2 3 4

0 = nada en absoluto, 1 = leve, 2 = moderado, 3= mucho, 4 = grado extremo

## ANEXO VI

### SINGLE RATING OF CRAVING

*Cuánto has necesitado un cigarrillo hoy?*

Nada en absoluto	0
Muy poco	1
Un poco	2
Algo	4
Bastante	5
Muchísimo	6



Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

# BASES NEUROFISIOLÓGICAS Y ADICCIÓN AL TABAQUISMO

Juan A. Riesco Miranda

*Servicio de Neumología. Hospital Clinic. Barcelona*

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica de carácter adictivo y recidivante. Es la primera causa evitable de muerte en el mundo.

Los profesionales sanitarios están obligados a diagnosticar y tratar correctamente a los fumadores para ayudarles a dejar de serlo. Las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que los sanitarios realizan sobre los fumadores se cuentan entre las más eficaces y costo-efectivas para procurar salud<sup>1</sup>. El reconocimiento del tabaquismo como una enfermedad crónica y adictiva es uno de los factores que más ha influido en el incremento de la sensibilización de los profesionales sanitarios sobre la necesidad de intervenir en el diagnóstico y tratamiento de los fumadores<sup>2</sup>.

El concepto de tabaquismo ha sufrido una evolución en los últimos años. La consideración de

la nicotina como una sustancia altamente adictiva a mediados de los años 80 y la descripción de los receptores nicotínicos a partir de estudios experimentales han marcado la evolución y el conocimiento del tabaquismo así como su declaración de enfermedad adictiva crónica por la OMS, sin olvidar la progresiva introducción e investigación de nuevos fármacos y dianas terapéuticas.

## HISTORIA NATURAL DEL FUMADOR

La conducta de fumar es un proceso vital que generalmente comienza en la adolescencia; inicialmente, los jóvenes aún no se plantean su abandono, son fumadores consonantes; con el paso del tiempo, éstos empiezan a ser conscientes de los potenciales efectos nocivos del tabaco para la salud y en su historia natural aparecen elementos claves que van a condicionar el planteamiento del cese de su hábito.

Se sabe que las primeras pruebas de los cigarrillos se producen a partir de los 11 años, estando la edad media de consumo en torno a los 13. A los 16 años muchos se convierten en fumadores habituales.

<sup>1</sup> M Fiore et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline . *US Department of Health and Human Services*. Mayo 2008.

<sup>2</sup> CA Jiménez, JA Riesco, A. Ramos et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Propuestas de financiación. Arch Bronconeumol 2008; 44(4): 213-9.*

El proceso de hacerse fumador puede dividirse en varias fases<sup>3</sup>:

- preparación e iniciación, en las que se incluyen los contactos iniciales con el tabaco; experimentación, en la que se repita la conducta de fumar;
- habituación y mantenimiento, momento en el que la persona se convierte en fumadora regular,
- adicción, periodo en el que el fumador refuerza su hábito y se hace dependiente de la nicotina y
- abandono, cuándo los fumadores no están satisfechos y se plantean en algún momento dejar de fumar.

### ¿Por qué empiezan a fumar los jóvenes?

La adolescencia es de por sí una etapa proclive a probar sensaciones nuevas, sobre todo si representan un desafío o suponen una conducta de riesgo o provocativa y más si se realiza como actividad de grupo. La mayoría de los jóvenes empiezan a fumar por varios motivos relacionados con factores personales, ambientales y socio-culturales. Ninguno de éstos suele actuar de forma independiente, sino que a menudo se relacionan entre sí, e interactúan de forma combinada. La relación entre factores intrínsecos y sociales o ambientales es la que dirige la historia natural del fumador, teniendo en cuenta que el tipo de reacción de la sociedad hacia el tabaco también es una influencia muy decisiva en la misma

<sup>3</sup> Fca Lourdes Márquez, JJ Garrido, JL Domínguez. El consumo de tabaco como un proceso; en *Tratado de Tabaquismo*, CA Jiménez y KO Fagerström eds. Ergon, Madrid, 2007 Cap.3:31-43.

## 1. FACTORES PERSONALES

### 1.1 Genéticos:

Determinados estudios han postulado que nacemos con una determinada carga genética que nos hace susceptibles a tomar drogas; se estima que ésta oscila alrededor del 40-60%. Es decir, que en el conjunto de una población de cien personas, cincuenta de ellas, si están expuestas suficientemente a las condiciones adecuadas, tendrán más probabilidad de convertirse en consumidores que la otra mitad, para la que, incluso en las mismas condiciones ambientales y familiares, resultará más difícil. Se han publicado estudios realizados en gemelos univitelinos en los que se ha estimado una carga genética predisponente para la nicotina de hasta un 56%. Hoy ya se conocen zonas de los cromosomas conteniendo genes específicos implicados en la drogadicción. En particular han sido identificados alelos de ciertos genes que predisponen con alto riesgo a la dependencia para el alcohol y el tabaco. Frente a ellos, otros alelos parecen ser protectores para el alcohol, tabaco y otras drogas. En cualquier caso, estos factores genéticos no explicarían por sí solos por qué fuma la gente, y la mayoría de los autores afirman que se necesitaría la acción de otros factores de riesgo ambientales ó personales, junto a los genéticos, para aclarar esta conducta<sup>4</sup>.

Además, se ha postulado que la metabolización hepática de la nicotina mediante la acción de enzimas tipo citocromo P450, condicionada genéticamente, podría tener cierta influencia en la adicción<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Li MD, Chen R, Ma JZ, Swan GE. A meta-analysis of estimated genetic and environmental effects of smoking behavior in male and female adult twins. *Addiction* 2002; 98:23-31.

<sup>5</sup> A Pérez Trullén, I Herrero, ML Clemente, JM Pérez Trullén, L Sánchez Agudo. Bases neurobiológicas de la adicción a la nicotina: el porqué un nuevo tratamiento para dejar de fumar. *Arch. Bronconeumol.* 2002; 38 (Supl 7):30-5.

### 1.2 Factores psicológicos:

Existen ciertos rasgos de la personalidad asociados con mayor riesgo de fumar, entre ellos el de extroversión, como así los demuestran los estudios de Cherry y Kiernan en 1976; éstos afirmaron que la extroversión y el neuroticismo son rasgos de personalidad del adolescente que se correlacionan positivamente con el consumo mantenido de tabaco a los 25 años. Posteriormente Eysenck en 1991 llegó a sugerir que había una predisposición constitucional para fumar.

Aunque las teorías que daban gran importancia a los factores psicológicos en la iniciación al tabaquismo han ido perdiendo fuerza, hoy sabemos que los niños y jóvenes con baja autoestima y todos los problemas derivados de ello (retraso escolar, menos aspiraciones académicas, déficit de habilidades sociales, bajo autocontrol, etc) tienen mayor riesgo de ser fumadores<sup>5</sup>.

En los últimos años se ha investigado la posible relación entre fumar y ciertas psicopatologías. Así se sabe que esta relación existe en personas con trastornos depresivos, ansiedad, trastornos bipolares y esquizofrenia, encontrándose además en ellos una mayor dificultad para el abandono.

### 1.3 Personalidad del individuo:

Se han relacionado con mayor riesgo de fumar determinados problemas de conducta, tales como la delincuencia, el incumplimiento de reglas en la escuela, edad precoz de las primeras relaciones sexuales, uso de anticonceptivos inadecuados, desobediencia familiar, baja responsabilidad, "inconvencionalismos", impulsividad, bajo rendimiento académico, absentismo escolar, rebeldía y consumo previo de alcohol y otras sustancias<sup>6</sup>. El uso de

alcohol, tabaco y drogas se asocia durante la adolescencia y se ha demostrado que los fumadores son más susceptibles a usar otras sustancias como alcohol o drogas, que los no fumadores.

## 2. FACTORES SOCIALES

Los entornos del niño y del adolescente son decisivos a la hora de enfrentar a éstos con la posibilidad de fumar. En las primeras etapas de la vida, son los padres, hermanos y educadores los que ejercen mayor influencia en nuestras costumbres, gustos y hábitos; posteriormente, son los grupos de amigos y compañeros de colegio los que más van a influir.

### Familia:

En el 70% de los hogares españoles al menos fuma una persona. El hecho de que los padres fumen, ó que sean tolerantes con el tabaco, tiene una gran repercusión como factor de riesgo en el inicio de sus hijos al tabaquismo. Por el contrario, son factores protectores frente al tabaco el abandono ó cese del mismo y la educación impartida con mensajes enérgicos en contra del tabaquismo.

### Amigos:

La influencia de amigos fumadores es muy importante, de tal forma que más del 80% de los adolescentes se inician en el consumo de tabaco con los amigos. Los estudios demuestran que es más probable que los niños fumen si tiene amigos fumadores.

### Educadores:

La percepción de los adolescentes expuestos a educadores que fuman delante de ellos constituye un factor de riesgo no

<sup>6</sup> JH Hoffman, JW Welte, GM Barnes. Co-occurrence of alcohol and cigarette use among adolescents. *Addictive Behaviors* 2001; 26:63-78.

despreciable. Estudios llevados a cabo teniendo en cuenta la prevalencia de tabaquismo entre educadores y maestros llegan a la conclusión de que el papel de éstos como promotores del consumo de tabaco entre sus alumnos es fundamental.

### **Aceptación social del tabaco:**

El tabaco socialmente no tiene las mismas connotaciones que el resto de drogas; en primer lugar su uso es legal y muchas personas socialmente "modélicas" (políticos, actores, cantantes, etc), que hasta hace poco aparecían fumando en los medios de comunicación, actualmente utilizan otros medios (el cine, por ejemplo) para repetir esa conducta; además, se fuma en la calle, en lugares de ocio, en la hostelería; las compañías tabaqueras promocionan el deporte asociado a ambientes saludables. El objetivo principal es conseguir un efecto de modelado a través de los actores y actrices. Todo ello puede hacer pensar a los jóvenes que "fumar es lo normal".

## **3. FACTORES AMBIENTALES**

Dentro de estos incluimos fundamentalmente los que se relacionan con el mercado del tabaco y con la industria tabaquera.

### **Publicidad:**

La publicidad del tabaco fomenta e incita su consumo. Mediante ésta, se trata de transmitir la idea de que fumar es algo normal, elegante, moderno, excitante o romántico, hasta deportivo, sano, liberador y por supuesto un comportamiento de adultos. Determinadas personas consideran que el tabaquismo es una enfermedad transmisible cuyo vector principal es la publicidad, que no irá dirigida a consumidores habituales (fumadores activos adultos) ó desechables sino a los futuros consumidores, esto

es, a la población joven, fácilmente captable por mensajes manipulados.

En España con la aprobación de la nueva "Ley 28/2005 de medidas sanitarias contra el tabaquismo", la publicidad del tabaco está prohibida, aunque la industria tabaquera utiliza diferentes formas "encubiertas" para llegar a esa población joven, más vulnerable: moda, cine, deporte, música, revistas, etc.

### **Bajo coste:**

A finales de la década de los 80 se demostró que el efecto del precio del tabaco influye en su consumo, con una relación directa entre ambos. El estudio del Banco Mundial sobre los aspectos económicos del control del tabaquismo nos muestra como el incremento de un 10% en el precio del tabaco se acompañaría de un descenso del 4% en el consumo de tabaco. En esta misma línea hay estudios que encuentran que un aumento en el 1% del precio real supone una disminución del 0,5% en las ventas<sup>7</sup>.

### **Disponibilidad y accesibilidad:**

Desde hace años los menores han tenido un fácil acceso al tabaco, No sólo era posible conseguirlo en estancos, sino también en máquinas expendedoras situadas en cualquier lugar sin ningún tipo de control, o incluso en tiendas de comestibles y productos infantiles o en Internet. Actualmente con la entrada en vigor de la Ley 28/2005 se ha restringido esta disponibilidad, aunque los resultados son francamente mejorables.

### **Factores sociodemográficos:**

En los adolescentes, la incorporación a la vida laboral activa es un condicionante para comenzar a fumar, siendo más elevado el índice

<sup>7</sup> Jha P, Chaloupka FJ. The economics of global tobacco control. *BML*. 2000; 321:358-61.

de consumo entre aquellos adolescentes que dejan sus estudios precozmente.

Otros factores que se consideran como influyentes, y a veces determinantes, en el inicio del consumo son: un bajo nivel cultural, no ser lector habitual, carecer de estrategias para enfrentarse al aburrimiento, baja actividad física o haber padecido algún acontecimiento estresante en su vida.

### **Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos:**

Los factores enunciados anteriormente condicionan ó favorecen el consumo de tabaco. El mantenimiento del mismo se debe a otros dos factores. Por un lado a los efectos psicofarmacológicos de la nicotina, que es la sustancia con capacidad adictiva y psico-estimulante mejor conocida. La nicotina difunde rápidamente por todo el organismo y atraviesa la barrera hematoencefálica en sólo unos segundos desde su inhalación. Cumple los criterios de tolerancia y dependencia exigibles por el DSM-IV para hablar de sustancia psico-activa.

El segundo factor relacionado con el mantenimiento de su consumo es su funcionamiento como reforzador positivo. Es decir, la droga contiene propiedades reforzadoras que pueden servir como estímulo que fortalece la conducta conduciendo a su propia presentación.

### **NEUROBIOLOGIA DE LA ADICCIÓN A LA NICOTINA**

El hecho de que la nicotina sea considerada como una sustancia adictiva hace que comparta, por tanto, características comunes con otras drogas psico-estimulantes.

El conocimiento de la neurobiología de la nico-

tina (receptores y neurotransmisores asociados a su activación) ha permitido, por tanto, identificar y describir los posibles mecanismos íntimos de la conducta de búsqueda y dependencia física de determinadas drogas, atribuyendo un papel fundamental al sistema meso-límbico y a la dopamina en la disfunción adictiva producida por el tabaco a través de la nicotina.

Con frecuencia se encuentran en la literatura científica términos como adicción por la nicotina, dependencia por la nicotina, adicción por el tabaco, dependencia por el tabaco, o, incluso, se enfoca el tabaquismo como un hábito. Es decir, parece existir aún cierta confusión entre enfermedad, adicción y dependencia.

La nicotina ejerce su acción sobre receptores acetilcolinérgicos situados en las membranas de neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. Actúa sobre estos receptores y puede activarlos o bloquearlos de manera más eficiente que acetilcolina. Los receptores nicotínicos están constituidos por cinco cadenas polipeptídicas. Los más numerosos están formados por dos cadenas alfa4 y tres cadenas beta<sup>2</sup><sup>9</sup>. Hoy día se sabe que la estimulación de estos receptores por parte de la nicotina conduce a un incremento de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. Esta respuesta es la causante de la sensación de recompensa que tienen los fumadores cuando utilizan esta droga y explica su auto-administración<sup>8</sup><sup>9</sup>. Cuando un fumador después de un corto periodo de abstinencia, la debida al descanso nocturno por ejemplo, da una calada a un cigarrillo, inhala una cantidad de nicotina que ocupa el 50% de los receptores nicotínicos presentes en sus neuronas. Esto supone que los

<sup>8</sup> Fagerström KO, Balfour D. Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence. *Expert Opin Investig Drugs* 2006; 15(2): 107-116.

<sup>9</sup> Cadoni C Di Chiara G. Differential changes in the accumbens medial shell and core dopamine in behavioural sensitization to nicotine. *Eur. J. Pharmacol.* 2000; 387:R23-R25.

fumadores tienen muchos de sus receptores nicotínicos cubiertos, después del consumo de los primeros cigarrillos del día. No obstante, a pesar de esto, continúan fumando. La presencia de nicotina, aún y cuando muchos receptores nicotínicos están ocupados, conduce al incremento de receptores en las neuronas del fumador, fenómeno conocido con el nombre de "up-regulation", que produce: dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia.

Por otro lado, se ha demostrado que la auto-administración de nicotina se facilita y potencia cuando el suministro de la droga se asocia a estímulos externos<sup>10 11</sup>. Además, se ha observado que en el humo del tabaco hay ciertas sustancias con propiedades estimulantes de receptores sensoriales oro-faríngeos que también juegan un papel importante en el mantenimiento del consumo del tabaco. Luego, los estímulos externos asociados al consumo de nicotina, así como la acción de estas sustancias estimulantes de receptores oro-faríngeos, también contribuyen al mantenimiento del consumo de la droga<sup>12</sup>.

Se puede concluir que la administración de nicotina mediante el consumo del cigarrillo produce lesiones orgánicas en las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo: incremento en el número y función de los receptores nicotínicos alfa 4 beta2. Estas lesiones convierten al fumador en dependiente de la nicotina y esta dependencia produce alteraciones físicas y psíquicas en el fumador (Síndrome de abstinencia). Este síndrome conduce a una búsqueda "incontrolada e insana" de la nicotina a través del consumo continuado de cigarrillos. Por ello, se debe entender que la dependencia de la nicotina conduce a la adicción por los cigarrillos, o lo que es lo mismo, a la adicción por el tabaco inhalado. Sin duda, la administración de nicotina mediante el consumo de cigarrillos o puros es la forma más rápida y determinante de llegar a ser dependiente de esta droga.

Finalmente, y teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que, según las bases del conocimiento actual de la fisiopatología del tabaquismo, su tratamiento debe ser multicomponente e incluir una combinación de terapia farmacológica, con el objetivo de aliviar la dependencia del fumador por la nicotina, y apoyo psicológico para combatir la adicción que tiene por el consumo inhalado de tabaco. Así se incrementarán sensiblemente las posibilidades de éxito en el intento realizado por el fumador que esté en las condiciones adecuadas para afrontarlo.

<sup>10</sup> Corrigan WA, Coen KM, Adamson KL: Self-administered nicotine activates the mesolimbic dopamine system through the ventral tegmental area. *Brain Res.* 1994; 653:278-284.

<sup>11</sup> Caggiula AR, Donny EC, Chaudrin, Perkins KA, Evans.Martin FF, Sved AF. Importance of non-pharmacological factors in nicotine self-administration. *Physiol. Behav* 2002; 77:683-687.

<sup>12</sup> Rose JE, Behn FM, Levin ED: Role of nicotine dose and sensory cues in the regulation of smoke intake. *Pharmacol. Biochem. Behav* 1993; 44:891-900.



Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---

# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO. INDIVIDUALIZACIÓN DE LAS TERAPIAS

Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz, Dra Ana Cicero Guerrero, Dr. Juan José Ruiz Martín, Dña. Noelia Amor Besada, Dña Marisa Mayayo Ulibarri, Dña Maribel Cristóbal Fernández.

*Unidad Especializada en Tabaquismo. Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.*

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que causa más de 4 millones de muertes cada año en el mundo.(1). En la última década se han desarrollado tratamientos farmacológicos para dejar de fumar. Su eficacia y seguridad de uso han sido demostradas en numerosos meta-análisis. (2,3). Aunque existen varias guías de tratamiento que pueden ayudar a los profesionales sanitarios a utilizar estos fármacos, no existe información científica sobre que tipo de tratamiento puede ayudar mejor a cada determinado fumador. (2-6).

Las personas fumadoras consumen tabaco por diferentes razones. Algunos lo consumen para combatir los síntomas del síndrome de abstinencia y otros lo hacen por placer. Hace algunos años, Fagerström y Pomerleau desarrollaron un cuestionario de 13 preguntas que pretendía medir la tendencia a fumar por refuerzo positivo o negativo, el Michigan Nicotine Smoking Reinforcement Questionnaire. (MNSRQ). (7). En un reciente estudio se ha encontrado que fumar por refuerzo positivo se co-

rrrelaciona con mayor dependencia por la nicotina medida por el test de Fagerström  $r=0.33(8-11)$ .

Más recientemente Fagerström ha propuesto condensar la esencia del tipo de recompensa en sólo una pregunta con tres respuestas alternativas:

Pregunta: *Cuando usted intento dejar de fumar cual de estos fue lo más difícil de superar, elija A, B o C*

- A. *Que usted se encontraba permanentemente ansioso, irritable o nervioso (RN)*
- B. *Que usted no podía fumar en aquellos momentos que auténticamente disfrutaba de un cigarrillo.(RP)*
- C. *Ambos*

## MÉTODOS

Un total de 1551 fumadores fueron tratados en la Unidad de Tabaquismo. Fuma-

dores que estaban motivados para dejar de fumar fueron enviados por sus médicos de cabecera para participar en un programa de tratamiento del tabaquismo. El programa consistía en una combinación de tratamiento farmacológico y tratamiento conductual. El tratamiento conductual se desarrolló en 10 sesiones individuales: una visita inicial y nueve de seguimiento. En la visita inicial se recogieron la historia clínica y la historia de tabaquismo. Los pacientes recibieron tratamiento conductual, materiales de auto-ayuda y eligieron un día para dejar de fumar. Se prescribió tratamiento farmacológico y los pacientes fueron aconsejados en su correcto uso. La visita inicial tuvo una duración aproximada de 25 a 30 minutos.

En las visitas de seguimiento, los pacientes recibieron tratamiento conductual adicional para prevención de recaídas y para manejarse en situaciones de alto riesgo. Se midió la abstinencia puntual. Se definió abstinencia puntual como la ausencia de consumo de tabaco en los 7 días anteriores a la visita de seguimiento. Esta afirmación verbal de abstinencia debía ser verificada mediante niveles de  $\text{CO} \leq 5\text{ppm}$  en el aire espirado. Las visitas de seguimiento se realizaron a las 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 18 semanas, y 6 meses después del día de dejar de fumar.

El tratamiento farmacológico consistió en parches de nicotina, chicles de nicotina o ambos, bupropion y vareniclina durante 12 semanas.

## RESULTADOS

No encontramos diferencias significativas en cuanto a eficacia entre los distintos tipos de tratamiento. Tampoco observamos diferencias de acuerdo al tipo de recompensa.

Teniendo en cuenta los resultados del análisis de regresión logística multivariable hemos encontrado que en el grupo de fumadores/as jóvenes (50 o menos años de edad), el tiempo transcurrido entre levantarse y consumir el primer cigarrillo del día, así como tener 6 o menos puntos en el test de Fagerström son variables predictivas de éxito. Nuestros resultados muestran que los fumadores/as de 50 o menos años de edad que fuman su primer cigarrillo en los primeros cinco minutos de después de levantarse fracasan tres veces más que aquellos que fuman su primer cigarrillo entre los 5 y los 30 minutos de después de levantarse y cuatro veces más que aquellos que fuman después de 30 minutos en el grupo de los que recibieron TSN y cinco y seis veces más respectivamente en el grupo de los que utilizaron bupropion. Igualmente, aquellos que tienen 6 o menos puntos en el test de Fagerström tienen éxito 1.5 veces más que aquellos que tienen más de 6 puntos. Estos datos tienen importancia clínica. De acuerdo a los mismos un grupo de fumadores de mayor riesgo para la recaída y el fracaso puede ser identificado: fumadores/as jóvenes de 50 o menos años, con más de 6 puntos en el test de Fagerström y que fuman su primer cigarrillo en los primeros cinco minutos de después de levantarse. Los profesionales sanitarios deben estar alerta y proveer a estos fumadores con un tratamiento psicológico y farmacológico más intenso.

También, encontramos que aquellos fumadores con 6 o menos puntos en el test de Fagerström y recompensa negativa tenían más altas tasas de éxito que los otros grupos, independientemente del tratamiento recibido. Teniendo en cuenta nuestros resultados, podemos calcular que este grupo de fumadores tienen éxito 1.8 veces más que otros grupos. Este es otro dato con aplicación clínica. Es decir, podemos

definir un grupo de fumadores con buena respuesta a cualquiera de los tratamientos realizados (terapia sustitutiva con nicotina o bupropion) y bajo riesgo de recaída o fracaso: fumadores con 6 o menos puntos en el test de Fagerström y con RN. Los profesionales sanitarios deberían adecuar sus intervenciones ante estas características de los fumadores.

Aunque los resultados del análisis multivariable no fueron significativos, debemos tener en cuenta que el grupo de fumadores con 6 o menos puntos en el test de Fagerström y recompensa negativa tuvo mejores resultados con TSN que el resto de los grupos. Una posible explicación para este hecho es que, desde una perspectiva teórica, los fumadores con recompensa negativa necesitarían niveles de nicotina continuamente elevados. Este tipo de fumadores se correspondería con el grupo de aquellos que consumen tabaco con el objetivo fundamental de mantener niveles de nicotina continuamente altos; más que con el grupo de aquellos que lo hace por obtener picos de nicotina. (10). Los parches de nicotina proveen a estos fumadores con la dosis y forma de administración de nicotina por ellos preferida. Las bajas tasas de abstinencia obtenidas en el grupo con RN y más de 6 puntos en el test de Fagerström pueden ser debidas a que las cantidades de nicotina proporcionada por los parches utilizados a dosis convencionales no son lo suficientemente altas como para cubrir las necesidades de estos fumadores con mayor alto grado de dependencia. Probablemente, si hubiéramos utilizado más altas dosis de nicotina en los parches, habríamos obtenido unas más altas tasas de abstinencia en este grupo con alto grado de dependencia y RN.

Resumiendo, hemos encontrado dos grupos de fumadores. Un grupo de alto riesgo para

la recaída y el fracaso formado por fumadores de 50 o menos años que fuman su primer cigarrillo en los primeros cinco minutos de después de levantarse y tiene más de 6 puntos en el test de Fagerström. Otro grupo de bajo riesgo para la recaída y el fracaso constituido por fumadores con 6 o menos puntos en el test de Fagerström y con RN.

## REFERENCIAS

- 1 World Health Organization. The European report on tobacco control policy. WHO European ministerial conference for a tobacco-free Europe. Warsaw: World Health Organization, 2002 Feb 18-19.
- 2 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- 3 Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews. 2007 Issue 1 Art No CD006103.
- 4 P Tønnesen, L Carrozzi, K O Fagerström, C Gratzou, C. A. Jimenez-Ruiz, S Nardini, G Viegi, I A Campell, E Dagli and R West. Task Force Recommendations: Smoking cessation in patients with respiratory diseases: A high priority, integral component of therapy. Eur Respir J. 2007; 29:390-427
- 5 West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.

- 6 Juniper Z, Hajek P, McRobbie H. Smoking for pleasure versus smoking to cope relationship to dependence and treatment outcome. Proceeding from 11<sup>th</sup> Annual Conference of Society for Research on Nicotine and Tobacco. March 2005. Prague. Czech Republic.
- 7 Pomerlau OF, Fagerström KO, Marks J et al. Development and validation of a self scale for positive and negative reinforcement smoking. The Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire. Nic Tobacco Res. 2003; 5:711-718.
- 8 Snedecor S, Pomerlau C, Pomerlau O. A confirmatory factor analysis and concurrent validation of the Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire. Poster session presented at the 12<sup>th</sup> Annual meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2006. Orlando. Florida.
- 9 Fagerström KO, Jimenez-Ruiz CA, Astray Mochales J, Giljam H. Can smoking for positive or negative reinforcement together with dependence help us better diagnose smokers? J Smoking Cess. 2007; 2(1): 5-7.
- 10 Russell MAH. Nicotine intake and its control over smoking. In: S Wonnacott, MAH Russell & Stolerman (eds). Nicotine psychopharmacology (pp: 374-418). Oxford. United Kingdom. Oxford University Press.
- 11 Broms Ulla, Fagerström Karl, Madden Pamela AF, Heikkilä Kauko, Kaprio Jaakko. How negative and positive reinforcement is associated to nicotine dependence?. Poster in the 9<sup>th</sup> European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. October 2007. Madrid.



Abordaje del  
**Tabaquismo**  
en Castilla-La Mancha

---



Estrategias, Normativas  
y Terapéuticas

