

HISTORIA Y EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO

M^a Soledad Serrano Peña, Blas Rojo Moreno-Arrones

RESUMEN

Desde la introducción de la planta del tabaco en Europa, con el descubrimiento de América en 1492, su difusión ha sido tal que, en nuestros días, se ha convertido en un problema sanitario de primera magnitud. Aunque en un principio se pensó en las bondades terapéuticas de la planta, lo cual contribuyó a la extensión de su uso, ya desde principios del siglo xx son múltiples los trabajos científicos que demuestran el sinfín de patologías que produce. Estas últimas décadas han iniciado un cambio de mentalidad social y de las Administraciones Públicas, que progresivamente se han concienciado del enorme coste económico, en vidas y en calidad de vida, que supone el consumo de tabaco, poniéndose en marcha diversos programas dirigidos a la prevención del inicio y al estímulo sobre el abandono de esta drogodependencia.

Sin embargo, la última Encuesta Nacional de Salud 2001 todavía evidencia la elevada prevalencia del tabaco en la población española de 16 y más años, un 34,4%, algo menor que en 1987. Se observa, asimismo, una clara tendencia a reducir la prevalencia en los varones (del 70 al 34% en casi 30 años), a diferencia de las mujeres, en que lentamente está aumentando. Resulta especialmente preocupante que el 62% de los escolares hayan consumido tabaco en alguna ocasión y que hasta el 21,4% de ellos lo haga diariamente.

HISTORIA DEL TABACO

Introducción

Los caminos que siguió el tabaco desde su origen en América y su posterior difusión por

todo el mundo narran la historia de un mal entendido hábito que las sociedades adoptaron sin noción de sus consecuencias. Paradójicamente, el tabaco fue utilizado con fines curativos, que facilitaron su difusión. Hoy sabemos que el tabaco produce dependencia y ésta es, quizás, la primera razón por la que se extendió su uso más allá de las prohibiciones. Por otra parte, su introducción en occidente vino de mano de hombres aventureros, modelos de la Europa del siglo xvi. Otros factores que contribuyeron a la extensión del consumo fueron la situación política de la época, llena de guerras y conflictos (los soldados tenían miedo y dolor y el tabaco los acompañaba) y los intereses económicos: España tenía casi el monopolio exclusivo del tabaco hasta 1584, en que Inglaterra comenzó a producirlo en Virginia, transformándose el tabaco en dinero que ingresaba el tesoro real. A esto hay que sumarle el hecho de que el conocimiento del perjuicio sobre la salud no comenzó a ser demostrado hasta ya comenzado el siglo xx.

La planta del tabaco

Se trata de una planta de la familia de las solanáceas, originaria de América, donde se extendió su cultivo y uso durante siglos. El alcaloide contenido en las hojas del tabaco es la nicotina. Su proporción en las hojas es muy variable según las clases de tabaco: el empleado para fumar suele contener un 3% del alcaloide.

Nicotiana tabacum, la especie usada por los nativos en América Central y Suramérica, no se encuentra de forma silvestre, sino sólo como planta doméstica. Los análisis genéticos han mostrado que es un híbrido resultante del cru-

ce de dos especies salvajes, *Nicotiana sylvestris* y *Nicotiana tomentosiformis*⁽¹⁾. *Nicotiana rustica*, que era cultivada en Norteamérica, posee un contenido mayor en nicotina que la *N. tabacum*.

Evolución histórica

Si bien se ha especulado que alguna variedad de tabaco ya se conocía en Europa y Asia antes del descubrimiento de América, no existen pruebas documentadas de ello.

En 1492, cuando Colón llega a América, descubre que los nativos usan las hojas de una planta llamada *cohiva* para mascar o quemarlas sobre carbones encendidos y aspirar el humo que desprendían unas cañas huecas que denominaban tabaco. Esta práctica era llevada a cabo con fines ceremoniales y médicos. Al regresar a España, los colonizadores llevaron como obsequio hojas de la planta seca y se cree que fue Rodrigo de Jerez, uno de los expedicionarios, quien introdujo la costumbre de fumar en Europa. Esta acción fue considerada por la Inquisición como un acto diabólico y fue encarcelado durante muchos años.

La primera obra escrita en la que se cuenta la práctica nativa de aspirar el humo proveniente de rollos de hoja encendidos en el otro extremo es *Apologética historia de las Indias*, de Bartolomé de las Casas (1527). Posteriormente Gonzalo de Oviedo y Valdez, en la *Historia General de las Indias*, describe la planta y sus usos (1535).

Durante el siglo xvi, el fumar había sido adquirido por todo tipo de clases sociales. La forma más habitual de uso era molido en polvo y aspirado, como estornutatorio y, en menor proporción, como rollo de hojas con una cubierta de hoja de maíz. El tabaco de mascar era más propio de la gente de mar, por el peligro de incendio del barco; y de los albañiles, por tener siempre las manos ocupadas.

En la segunda mitad del siglo xvi, la aristocracia europea había aceptado sin reparos la nueva moda. El embajador de Francia en Lisboa, Jean Nicot, se interesó en la planta por sus

cualidades curativas. Así, en 1560, Nicot envió a la reina Catalina de Médicis hojas y semillas de tabaco, por lo que se le denominó *hierba de la reina*, *Catalinaria Nuduca* y *hierba del embajador*. El cardenal Próspero di Santa Croce, nuncio pontificio en Lisboa, lo introdujo en Italia. En 1584, Sir Walter Raleigh funda en América del Norte la Colonia de Virginia. Allí, adquiere la costumbre de fumar en pipa e introduce esta práctica en la corte inglesa. Sir Raleigh era considerado un modelo, por lo que resultaba indispensable para cualquier joven elegante imitar este comportamiento. Estos *galantes humeadores* de la época isabelina pagaban el peso de la pipa y el tabaco en plata.

Frente a esto, comienzan a aparecer los primeros movimientos en contra. Las altas jerarquías empiezan a preocuparse por los daños que podía infligir al pueblo. En 1604, Jacobo I de Inglaterra, sucesor de Isabel I, se definió como un declarado enemigo de la costumbre de fumar y publicó un documento *Oposición contra el tabaco*, donde opinaba:

“...que ese hábito sucio y dañino para la salud había sido adquirido de un pueblo bárbaro y que los galantes humeadores constituían una amenaza social...”. “...es una costumbre repulsiva a la vista, odiosa para el olfato, dañina para el cerebro y peligrosa para los pulmones...”.

Esta campaña tenía base política, ya que Inglaterra estaba en guerra con España, dueña de la mayoría de las colonias americanas de donde provenía el mejor tabaco que llegaba a Inglaterra.

La Iglesia también tuvo que tomar decisiones importantes ante el escándalo que causaban muchos eclesiásticos y fieles al consumirlo mientras que se oficiaba la misa. En una Constitución en el año 1642, el papa Urbano VIII prohibió tal proceder en todas las iglesias de la diócesis de Sevilla, castigando a los infractores con pena de excomunión *ipso facto incurrenda*. Medidas similares se tomaron en la Basílica Vaticana y en otras diócesis.

A pesar de estas y otras severas ordenanzas, el consumo del tabaco se extendía cada

vez más, convirtiéndose en un gran negocio y en una fuente extraordinaria de ingresos para las arcas reales.

El consumo de tabaco experimenta un crecimiento imparable ya en las primeras décadas del siglo XVIII, aunque con importantes diferencias en lo que respecta a la producción de las distintas labores. Aparece la moda del rapé como la forma más elegante de consumir tabaco. La palabra, que es de origen holandés, significa “tabaco picado”. Esta moda se extendió en los círculos distinguidos, mientras que el pueblo continuó fumando cigarrillos y pipa. Se estableció una lucha enconada entre el rapé francés y el español. El contrabando y las adulteraciones eran tan habituales que la Real Hacienda se vio obligada a emitir sucesivas cédulas imponiendo severas multas y penas a los infractores que, casi siempre, eran incumplidas.

A principios del siglo XIX se inicia el declive del rapé a favor de la pipa, el cigarro y el cigarrillo, definido este último como tabaco picado envuelto en papel. Los historiadores cuentan que su origen tuvo lugar en España, donde se denominaron pitillos. En España se fumaba preferentemente el cigarro puro y el liado a mano, ya que hasta después de la Guerra de la Independencia no aparecieron los de fábrica. En el resto de Europa preferían la pipa. En Francia, por ejemplo, el llamado *papel espagnol* no se introdujo hasta 1830, siendo objeto en un principio de fuertes críticas y comentarios sarcásticos.

La producción colonial del tabaco se convierte en poco tiempo en un próspero negocio. El monopolio del comercio había comenzado en 1634 con la instauración del estanco exclusivo en Castilla y León, ampliándose en 1707 al resto del reino. Se consolida con las fábricas de Cádiz y Sevilla, únicos establecimientos autorizados para su elaboración y manufactura. En 1758 comenzó a funcionar la nueva fábrica de tabaco de Sevilla. Al principio sólo producía tabaco en polvo y cigarrillos, llegando a trabajar casi dos mil personas, casi todos hombres. Con el tiempo fue cambiando paulatinamente esta

tendencia y, a mediados del XIX, se impuso un personaje femenino popular y costumbrista muy acorde con la mentalidad romántica al uso: la cigarrera⁽²⁾. El espectáculo multicolor de aquellas operarias de todas las edades, sofocadas por el calor andaluz, pero trabajando sin cesar entre risas, cancioncillas y llantos infantiles, ha quedado plasmado en los cuadros de Gonzalo Bilbao⁽²⁾; y la figura sensual de la cigarrera, inmortalizada para siempre en la ópera *Carmen* de Bizet.

La mecanización del proceso de manufactura y envase se inicia hacia 1870, marcando el comienzo de una nueva etapa en la que no son necesarias las hábiles cigarreras, siendo sustituidas por máquinas que permiten la producción masiva. A los países tradicionales productores se suman otros como China, Rusia y Japón, obteniendo cuantiosos beneficios mediante el control fiscal por parte del estado de las compañías arrendatarias del monopolio, como es el caso de Tabacalera Española, S.A.

En las primeras décadas del siglo XX el consumo mundial crece impulsado por gigantescas campañas de propaganda en los medios de comunicación. En este siglo se producen dos hechos importantes. Por un lado, la I Guerra Mundial, donde el tabaco entre los soldados era considerado tan indispensable como los alimentos; y, por otro, la incorporación de la mujer al mercado laboral, con la adopción de roles típicamente masculinos, entre ellos el hábito tabáquico. Paulatinamente fumar se convierte en una agradable forma de relación humana que se asocia con determinados modelos de comportamiento de personajes populares del mundo real y de la ficción. La pipa se hace sinónimo de inteligencia y esnobismo; por ejemplo, Sherlock Holmes, el comisario Maigret, o el filósofo Sartre... El puro habano es propio del personaje del “buen vivir”, orondo, triunfador y satisfecho de sí mismo como, por ejemplo, Orson Welles, Winston Churchill o Alfred Hitchcock.

La aparición del cine comercial marca un hito histórico con su gran influencia sobre las

masas. El *glamour* destilado por las divas de la gran pantalla ha sido determinante en la incorporación de la mujer al tabaquismo. La imagen de Humphrey Bogart con el eterno cigarrillo colgado de la comisura labial o de Marlene Dietrich, seductora entre el humo del pitillo que le acaba de encender un atractivo galán, quedará grabada con fuerza en la memoria de millones de adolescentes de ambos sexos.

Sin embargo, es a partir de 1930 cuando comienzan a aparecer los primeros estudios científicos acerca de los efectos nocivos del tabaco sobre la salud en revistas médicas y científicas. En 1938, el doctor Raymond Pearl, de la Universidad John Hopkins, informa que fumar acorta la vida. Las compañías tabacaleras respondieron y siguen haciéndolo extrayendo nuevos recursos publicitarios para captar a fumadores cada vez más jóvenes. Desde entonces, son multitud los trabajos científicos que demuestran la asociación entre tabaco y cáncer de diferentes localizaciones, arteriosclerosis, cardiopatía isquémica o broncopatía crónica, entre otros.

Quizás lo más reseñable desde el punto de vista histórico, a lo largo del siglo XX, haya sido el cambio de mentalidad producido en la población general y la concienciación progresiva de las administraciones sanitarias sobre los efectos nocivos del tabaco. Si bien nuevamente la respuesta de la industria tabacalera ha sido la introducción de rutas alternativas de promoción, igualmente dirigidos a los más jóvenes, “clientes potenciales de los próximos 25 años”, en forma de promoción de eventos deportivos, espectáculos musicales, ayuda al Tercer Mundo, etc. Hablar de litigación antitabáquica en los años 90 era una cuestión quijotesca, ante los increíbles medios con los que contaba la industria tabaquera. Sin embargo, hoy en día existen dos bases de datos en Minnesota y Guildford, que albergan decenas de millones de documentos, con sus secretos de manipulación, ocultación informativa y todo un entramado que perseguía aumentar el número de clientes a toda costa.

De hecho, hasta el 30 de septiembre de 2002, ha habido 1.600 pleitos contra Philip Morris, uno de los *lobby* más potentes de la industria tabaquera^(3,4).

Si bien queda aún mucho camino por recorrer, la adopción, el 21 de mayo de 2003, del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, supone la culminación de laboriosas deliberaciones por parte de los estados miembros y que permite fortalecer programas efectivos para el control del tabaquismo. Dicho tratado recoge políticas de control sobre la venta, empaquetado, publicidad, programas de prevención al inicio, regulación de espacios sin humo y desarrollo de medidas fiscales, entre otros⁽⁵⁾.

Esperemos que la aplicación de este Convenio Marco y su desarrollo en España, a través del Plan Nacional para el Control y Prevención del Tabaquismo, se traduzca en un progresivo descenso de la morbimortalidad asociada al consumo de tabaco.

Aplicaciones terapéuticas del tabaco –siglos XVI-XVIII

La conquista de América supuso el descubrimiento de una vegetación exótica y abundantísima, algunas de las cuales parecían tener propiedades curativas. Uno de los primeros en interesarse por estas características fue Nicolás Monardes (1508-1588), que al residir en Sevilla, tenía acceso directo a los fletes de vegetales que transportaban las naves. Este sevillano publicó en 1574 la obra *Primera, segunda y tercera partes de la historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en Medicina*⁽⁶⁾. Según Monardes, las virtudes medicinales del tabaco, utilizado en emplastos, jarabes o inhalatorios, eran notorios en heridas y llagas sucias, dolores de cabeza, sobre todo, los de causa fría, dolores del cuerpo, pasiones de pecho y asma, dolores de estómago y un sinfín más de patologías.

En 1570, el médico de cámara de Felipe II, Francisco Hernández, fue nombrado promédico de las Indias Occidentales, siendo el

primero en estudiar *in situ* las plantas medicinales. Para ello, residió en Méjico durante siete años. Este autor describe la utilidad del cigarrillo en el tratamiento del asma bronquial, ya que “provoca escupir admirablemente, con lo cual aprovecha a la asma”⁽⁷⁾.

Durante el siglo XVII se publicaron otros trabajos como *La historia de las virtudes y propiedades del tabaco*, de Juan de Castro (Córdoba, 1622); *Las excelencias y maravillosas propiedades del tabaco*, de Cristóbal Hayo (Salamanca, 1645) o en francés *Traictè du tabac* (Neander, 1626) y el *Discours du tabac et de ses divers usages en médecine* (Baillard, 1693). Las aplicaciones del tabaco propuestas por estos autores son muy similares a las de Monardes, pero ampliándose a enfermedades como la gota o la tuberculosis. En el siglo XVIII Fowler es un entusiasta del conocimiento de la “nicociana” con la que, según parece, consiguió grandes éxitos en la ascitis, la hidropesía y el hidrotórax.

No faltaron médicos detractores, aunque lo eran más por el mal uso e indicaciones que del tabaco se hacían que por su inutilidad terapéutica. Tal es el caso del Dr. Leiva y Aguilar en *Desengaño contra el mal uso del tabaco*, Córdoba, 1634.

A finales del siglo XVIII apareció otro invento curioso, la “máquina o caja fumigatoria”, para la reanimación de ahogados⁽²⁾. Consistía en un cilindro de latón, con un rollo de tabaco escondido dentro, un fuelle que se acoplaba en uno de los extremos del cilindro y un tubo flexible provisto de una cánula que se introducía en el recto del asfíctico. Al bombear el huno se calentaba el organismo y se dilataban los intestinos, lo cual favorecía la respiración espontánea.

Todavía a finales del XIX, Trousseau y Pidoux consideran el tabaco un fármaco y describen su acción en las enfermedades de los centros y vías nerviosas, aparatos de los sentidos, asfixia, enfermedades del aparato digestivo, genitourinario, hidropesías, gota, envenenamiento por estricnina y, por supuesto, enfermedades del aparato respiratorio⁽⁸⁾.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO

Generalidades

La evolución del tabaquismo tiene un patrón propio en cada sociedad. Pese a ello, la observación desde una óptica internacional logra registrar algunos patrones que permiten proponer un esquema conceptual útil para la planificación. Desde una perspectiva esencialmente epidemiológica se han identificado cuatro fases en la epidemia tabáquica⁽⁹⁾. En la fase inicial o fase I, se registra una prevalencia inferior al 15% en los varones, y muy inferior en las mujeres. El consumo anual por adulto es inferior a los 500 cigarrillos. Los datos de mortalidad no permiten apreciar las muertes atribuibles al tabaco. Esta fase puede durar una o dos décadas.

En la fase II, la prevalencia puede alcanzar en los varones cifras del orden del 50-80%, y apenas hay exfumadores. No se aprecia gradiente por clase social, estando el hábito de fumar generalizado entre todas las capas sociales. La prevalencia en mujeres es menor, pero creciente, con un retraso de una o dos décadas respecto a los varones. El consumo anual por adulto alcanza los 1.000-3.000 cigarrillos (2.000-4.000 entre los varones). Un 10% de las muertes de los varones se relacionan con el consumo de tabaco. Comienzan a registrarse los primeros intentos de prevención. Puede durar esta fase dos o tres décadas.

En la fase III, se inicia un descenso en la prevalencia entre los varones hasta el 40%. Los exfumadores son un segmento importante y creciente de la población masculina. Se aprecia un claro gradiente social en los varones, que más tarde se extenderá a las mujeres. Entre las mujeres, se da una larga estabilización del hábito, sin haber alcanzado nunca los niveles que hubo en los varones. Esta larga meseta termina al emerger un proceso de declive inicial. El consumo anual por adulto es, sin embargo, mayor en esta fase, de 3.000 a 4.000 cigarrillos. La mortalidad asociada al tabaco llega a ser un 25-30% del total en los varones, y un 5% en las mujeres. Duran-

te esta fase se desarrollan programas de control, cada vez más integrados y coordinados. Su duración puede estimarse en tres décadas.

La última fase de este modelo, la fase IV, se caracteriza porque la prevalencia entre los dos sexos tiende a igualarse: en los varones baja al 35 %, mientras que, en las mujeres, llega al 30 %. La mortalidad atribuible al tabaco alcanza las mayores cifras y sigue subiendo, llegando al 30-35 % en los varones y al 20-25 % en las mujeres. Se aprecia un fuerte gradiente por clases en el consumo de tabaco, al haberlo abandonado masivamente los segmentos de mayor nivel económico y de instrucción^(9,10).

El consumo de tabaco es responsable de unos 4,8 millones de muertes anuales en el mundo, unos 440.000 sólo en Estados Unidos⁽¹¹⁾. Se estima que aproximadamente 8,6 millones de personas padecen una enfermedad seria relacionada con el tabaco tan sólo en Estados Unidos⁽¹²⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que, para el año 2030, el consumo de tabaco matará anualmente a 10 millones de personas, de ellos, 7 millones en los países desarrollados, lo que hará del tabaco la primera causa de muerte en el mundo⁽¹³⁾.

De todas las muertes atribuibles al tabaco en el 2002, el 13,3 % fueron varones y el 3,8 %, mujeres. Más del 25 % de las muertes de los varones se concentraron en Europa, Estados Unidos, la antigua Unión Soviética y China. En el caso de las mujeres, en torno al 19 % corresponden a Estados Unidos. Sin embargo, las estimaciones más pesimistas para un futuro a corto plazo se concentran en China y en la India, donde se ha observado el mayor incremento en la mortalidad atribuible al consumo de tabaco⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

En 2001, la prevalencia de fumadores en Estados Unidos fue del 25,5 % en los hombres y del 21,5 % entre las mujeres, menor que los picos observados en los varones en 1955, que era del 57 % y en las mujeres, en 1965, de un 34 %⁽¹⁷⁾. La tasa de fumadores, sin embargo, se ha estabilizado desde 1990. Los fumadores

han disminuido su prevalencia en todos los grupos de edad, salvo entre los 18 y los 24 años, en que se ha incrementado del 23 % en 1991 al 27 % en el 2000⁽¹⁸⁾. Es evidente que la labor desarrollada por diferentes organizaciones, tanto a nivel nacional como internacional, en prevención del tabaquismo es insuficiente. Si a esto sumamos la gran presión ejercida por la industria tabaquera en forma de publicidad, sólo en Estados Unidos en el 2001 invirtieron 11,2 billones de dólares en anuncios y promociones⁽¹⁹⁾, la situación continúa siendo realmente preocupante. Aún más, si tenemos en cuenta que las campañas de promoción van dirigidas cada vez más a los grupos de menor edad y a los países subdesarrollados. A pesar de ello, al igual que en Estados Unidos, otros países con importante desarrollo socioeconómico han conseguido reducir su prevalencia (Tabla 1)⁽²⁰⁾.

A nivel mundial, aproximadamente el 47 % de los hombres fuman, mientras que sólo lo hacen el 12 % de las mujeres⁽⁹⁾. Estados Unidos ocupa el quinto lugar en orden en cuanto a los varones, mientras que con respecto a las mujeres ocupa el tercer lugar. Los países con las prevalencias más elevadas en cuanto a varones fumadores son: China, 67 %; Corea, 65 %, Japón, 53 %, Rusia, 63 %; antigua Yugoslavia, 52 % y Méjico, 51 %. En casi todos los países las mujeres son menos fumadoras y, por ejemplo, en los países asiáticos la prevalencia es muy baja (4 % en China y Corea), e incluso menor en los países árabes. Sin embargo, llega casi al 33 % en Argentina y Noruega (Fig. 1)⁽¹³⁾.

La dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento, tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)⁽²¹⁾.

Datos de consumo *per capita*

El consumo de cigarrillos *per capita* sirve para hacer comparaciones entre países o en

TABLA 1. Evolución de los fumadores en tres países de nivel socioeconómico alto

Año de evaluación	Japón		Inglaterra		Estados Unidos	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1960	81	13	61	42	52	34
1970	78	16	55	44	44	32
1980	70	14	42	37	38	30
1990	61	14	31	29	28	23
2000	54	14	28	26	26	22

Expresado en porcentajes. Tomado de referencia⁽²⁰⁾.

una misma zona geográfica en función del tiempo. Posee algunas limitaciones. Parece lógico pensar que el problema del tabaquismo es mayor en un país como Polonia, con una media *per capita* en personas mayores de 15 años de 3.600, que en Zimbabwe, con una media de 460. Sin embargo, en un país productor de tabaco como es Zimbabwe, esta

comparación no es real, ya que probablemente consumen más otras labores del tabaco. Otra salvedad es su incapacidad para reflejar diferencias entre distintos subgrupos de población⁽²²⁾. Por ejemplo, en España, el consumo *per capita* durante el período 1978-1993 fue el mismo. Sin embargo, durante esos años la prevalencia de varones fumadores cayó del 65

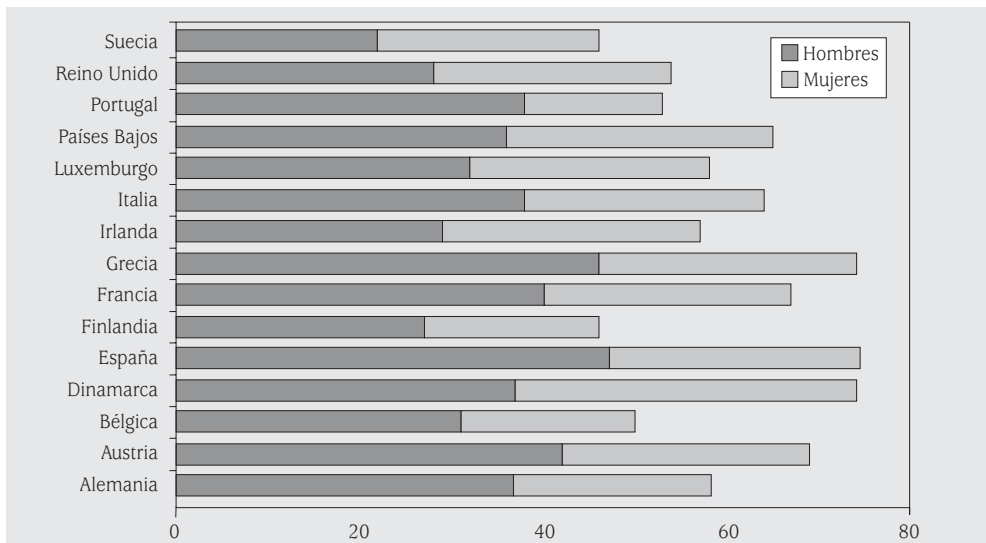


FIGURA 1. Prevalencia del consumo de tabaco en hombres y mujeres en los países de la Unión Europea: población de más de 15 años. (Fuente: perfiles sobre tabaco. OMS 1996).

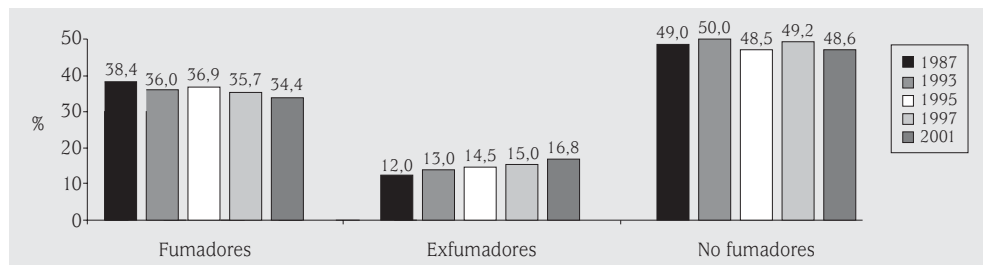


FIGURA 2. Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años en ambos sexos. España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001.

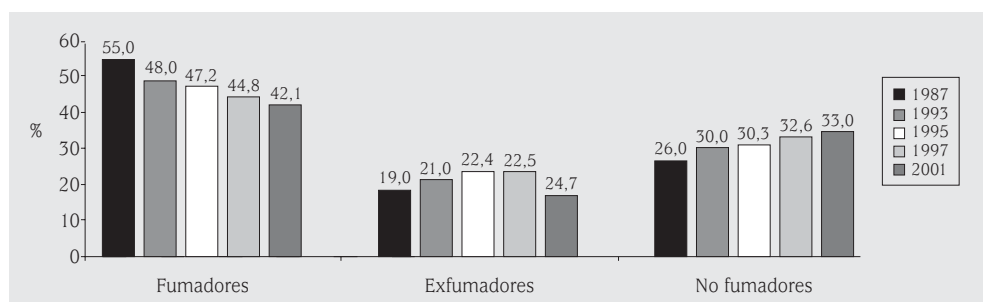


FIGURA 3. Evolución de la prevalencia de los varones fumadores de 16 años y más en España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001.

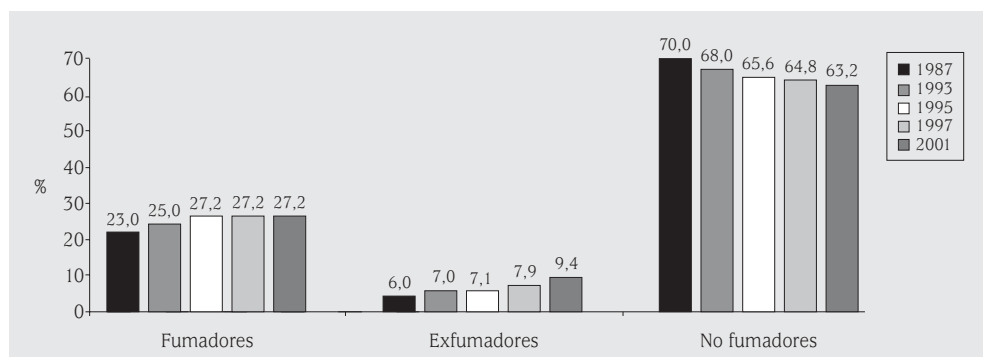


FIGURA 4. Evolución de la prevalencia en España del hábito tabáquico en las mujeres de 16 años y más: 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001.

al 48%, mientras que en las mujeres se incrementó del 17 al 25%⁽²³⁾.

Por otra parte, cuando aumentan las cifras de consumo *per capita*, no se sabe si es porque se incrementa el consumo diario o por si asciende el número de fumadores o ambos al mismo tiempo⁽²²⁾. Finalmente, los datos se

obtienen generalmente de las ventas, lo cual no siempre se corresponde con la realidad.

Se trata, por tanto, de un concepto orientativo. El consumo *per capita* mundial ha pasado de ser 1.686 cigarrillos/año en 1950 a 5.000 en el año 2000, siendo España, Suiza, Bulgaria, Hungría, Eslovenia, Grecia y la República

TABLA 2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes según edad. España, 1987-2001

Grupos de edad	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	1987	2001	1987	2001	1987	2001
16 a 24	51,8	41,7	54,5	40,8	49,0	42,7
25 a 44	48,9	48,2	64,2	52,6	33,6	43,5
45 a 64	28,0	29,7	54,0	42,6	5,1	17,5
65 y más	15,3	9,3	33,8	19,2	1,8	2,1
Total	38,4	34,4	55,1	42,1	22,9	27,2

Bielorrusia, los países europeos con mayor consumo anual *per capita* (más de 2.500 cigarrillos/año)⁽²⁰⁾.

La situación epidemiológica en España

La epidemia de tabaquismo en España ha tenido ciertas peculiaridades. Por un lado, los condicionantes económicos llevaron a enlentecer su expansión: durante años, España tuvo un prevalencia de fumadores alta con un consumo medio bajo y gran parte de los fumadores consumían poco tabaco por su relativa pobreza. Por otro lado, la existencia del monopolio del tabaco ha dificultado su regulación: la privatización de Tabacalera es muy reciente y, hasta entonces, algunas consideraciones ajenas a la salud pesaron directamente en la política del gobierno⁽²⁴⁾.

Es probable que en España estemos ahora entre las fases III y IV descritas anteriormente⁽⁹⁾, ya que los condicionamientos económicos enlentecieron la fase III. No es hasta bien entrados los años sesenta que este condicionamiento deja de operar y el consumo de tabaco por fumador se eleva de forma clara⁽¹⁰⁾.

Las Encuestas Nacionales de Salud de 1992, 1995 y la última de 2001, arrojan algunos datos interesantes^(21,25,26). Según los datos de la ENSE 2001, la prevalencia del tabaquismo en la pobla-

ción española de 16 y más años fue del 34,4%, el 31,2% fuma diariamente y el 2,8% restante fuma pero no todos los días. Comparando con los resultados obtenidos en la ENSE 1987, en la que la prevalencia fue del 38,4%, se observa un ligero descenso del consumo (Fig. 2)⁽²¹⁾.

Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el género y la edad. El 42,1% de los varones fuman frente al 27,2% de las mujeres⁽²¹⁾. A la vista de estos resultados, se ve una tendencia clara en el sexo masculino a reducir la prevalencia: en 1972, el 70% de los hombres eran fumadores, mientras que en el 2001 se ha reducido al 34%^(21,25) (Figs. 3 y 4). Actualmente las nuevas incorporaciones al tabaquismo se están produciendo a expensas fundamentalmente de las mujeres y de los segmentos más jóvenes de la población (Tabla 2).

De acuerdo con los datos de la última Encuesta Nacional de Salud⁽²¹⁾, sólo el 16,8% de la población se declara exfumadora. De ellos, el 24,7% son varones y el 9,4%, mujeres (Figs. 2, 3 y 4). La proporción de exfumadores aumenta a partir de los 40 años. Así, el 31% de los varones entre 45 y 64 años han abandonado el hábito tabáquico, si bien el 15,2% del abandono en las mujeres se produce entre los 25 y 44 años.

En cuanto al nivel socioeconómico, la tendencia en España es a mantener el consumo en mayor medida en las clases socioeconómicas más débiles, mientras que el mayor porcentaje de exfumadores se produce en las clases alta y media-alta (20 frente al 16 % de las clases obreras)⁽²¹⁾.

Además de la prevalencia de fumadores en nuestro medio, es interesante la intensidad del consumo. Si bien el número de fumadores ha descendido, el número de cigarrillos consumidos *per capita* se ha incrementado, es decir, los fumadores actuales lo hacen en más cantidad. Se ha pasado de un consumo medio por habitante y año de 1.500 en 1960 a más de 2.500 en los últimos años^(20,27). La intensidad del consumo varía también en función del sexo y la edad de los sujetos. El 9,2 % de la población fuma moderadamente (menos de 10 cigarrillos/día), el 14 % fuma entre 11 y 20 cigarrillos/día, el 4,5 % entre 1 y 2 paquetes al día y el 0,4 % de los españoles consumen más de 40 cigarrillos/día.

En el mismo sentido, haciendo un análisis en función del tamaño de la población en que reside el fumador, son los núcleos urbanos de más de 100.000 habitantes donde se encuentra una cifra mayor de fumadores (33 %), mientras que en las poblaciones de menos de 10.000 habitantes es donde es más fácil encontrar no fumadores. El porcentaje de exfumadores es superior en las ciudades de más de un millón de habitantes (21,3 %)⁽²¹⁾.

El estudio IBERPOC, llevado a cabo por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) en los años 96 y 97, es el único existente en nuestro país que aporta información fidedigna sobre las características del tabaquismo de la población española de entre 40 y 69 años⁽²⁸⁻³⁰⁾. Los datos más novedosos que aporta este estudio hacen referencia al análisis del grado de dependencia, de la fase de abandono y de los motivos para dejar de fumar. El grado de dependencia medido mediante el test de Fagerström en los fumadores analizados, muestra una media de 3,4 puntos, consumiendo unos 20 cigarrillos

diarios⁽³⁰⁾. Por tanto, la dependencia física a la nicotina de los fumadores de más de 40 años es moderada, si bien el consumo de cigarrillos es elevado. Sin embargo, la dependencia física es mayor en los varones fumadores (Fagerström de 3,74) que en las mujeres (Fagerström de 2,62)⁽³⁰⁾. Además, los niveles medios de monóxido de carbono en el aire exhalado se encuentran en torno a 16 ppm⁽³⁰⁾. El perfil de la mujer fumadora de más de 40 años se caracteriza por fumar menos de un paquete al día, tener menos dependencia física y presentar unas concentraciones de monóxido de carbono en el aire exhalado menores que los varones⁽³¹⁾.

En cuanto a la actitud de los fumadores frente a su hábito, aproximadamente el 58 % de los encuestados se encuentran en fase de contemplación, el 39 % en precontemplación y sólo el 3 % en fase de preparación⁽³⁰⁾. Esto podría explicarse porque, de acuerdo con los datos del test de Fagerström, existe un mayoritario grupo de fumadores con moderada dependencia física a la nicotina que probablemente han sufrido un síndrome de abstinencia a la nicotina en sus intentos de abandono que, al no ser correctamente tratados, les haya llevado a sucesivas recaídas, por lo que serían pocos los fumadores dispuestos a intentarlo seriamente otra vez. Es llamativo que hasta un 38 % de los fumadores de más de 40 años nunca hayan realizado un serio intento de abandono del consumo. No obstante, no hay que olvidar que el estudio IBERPOC encontró un 24 % de exfumadores, la mayoría de los cuales habían dejado de fumar antes de cumplir los 50 años⁽³²⁾.

Con respecto a los motivos aducidos para el abandono del tabaco la salud, tanto actual como el deseo de prevenir enfermedades para el futuro, es el más frecuentemente argumentado. Sin embargo, otros motivos no menos importantes, como la preocupación por el tabaquismo pasivo, el mal ejemplo para los hijos, el económico o la autoafirmación entre otros, apenas sí eran expresados por más del 25 % de la población (Tabla 3)⁽³⁰⁾.

TABLA 3. Motivos para dejar de fumar

Motivo	%
Salud	72
Salud futura	56,2
Tabaquismo pasivo	29,6
Ejemplo	17,7
Mal hábito	5,2
Autoafirmación	21,3
Económico	12
Mala higiene	12
Otros	20
Sin motivo	12

Se podía indicar más de un motivo.

El tipo de labor más habitualmente consumida sigue siendo los cigarrillos. De todos los fumadores, sólo el 11 % lo son de puros y/o pipas, y de ellos, la gran mayoría, varones⁽⁵²⁾, con una edad media significativamente más alta que el grupo de fumadores de cigarrillos. Tradicionalmente el consumo de puros y/o pipas se ha relacionado más con el sexo masculino que con el femenino. Incluso la publicidad ejercida por las multinacionales tabaqueras trabajan con este matiz, argumentando que se trata de un tipo de labor menos dañina. En el estudio IBERPOC se observó que, si bien el 71 % de los fumadores de cigarrillos querían dejar de fumar porque consideraban que era perjudicial para su salud, sólo el 18 % de los fumadores de puros y/o de pipa se hacían esta consideración. Es más, el 30 % de los fumadores de cigarrillos se sentían preocupados por el tabaquismo pasivo, frente al 10 % de los fumadores de puros y/o de pipas⁽⁵⁰⁾. Por estas razones, la gran mayoría de los fumadores de puros y/o de pipas se encuentran en fase de precontemplación.

Los enfermos respiratorios representan un grupo con características especiales. Según el estudio IBERPOC, el 9,1 % de la población padece una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)⁽⁵⁰⁾. El 15 % de los fumadores presentan una EPOC en España, observándose una asociación estadísticamente significativa entre sufrir una EPOC y ser fumador varón, de más de 46 años, con bajo nivel educacional y fumar más de 30 paquetes-año⁽³²⁾. Hasta el 50 % de estos fumadores se encuentran en fase de precontemplación, e incluso el 35 % de ellos nunca han hecho un intento serio de abandono. Tan sólo el 9,2 % están en fase de preparación (24 %). Estos datos implican la gran importancia de los profesionales sanitarios, fundamentalmente neumólogos y médicos de Atención Primaria, en la información dada a nuestros pacientes sobre los riesgos del consumo del tabaco y el estímulo al abandono del mismo.

Epidemiología del tabaquismo femenino

Actualmente se sabe que el tabaco afecta por igual a ambos sexos, poniendo en evidencia la falacia de la inmunidad en las mujeres que, durante mucho tiempo, se mantuvo. Esto fue debido, en parte, a que el hábito tabáquico era mayoritariamente masculino y la mayoría de la evidencia científica se desarrolló en los varones.

Las consecuencias sobre la salud en las mujeres fumadoras conllevan unas especificidades que han de tenerse en cuenta. Las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales ven incrementado el riesgo de cardiopatía isquémica aguda en veinte veces por encima de los 35 años⁽⁵³⁾. El tabaco se ha asociado a un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, de embarazo ectópico⁽⁵⁴⁾, riesgo de aborto, parto prematuro y bajo peso al nacer^(55,56). Por otra parte, estas mujeres presentan mayor riesgo de fracturas de cadera por osteoporosis, sobre todo en la fase de postmenopausia^(57,58).

Dentro de este capítulo, debemos incluir las consecuencias del tabaquismo pasivo en

los niños de madres fumadoras, manifestado por un aumento del síndrome de muerte súbita del lactante⁽³⁹⁾ y una mayor incidencia de infecciones de vías respiratorias altas, otitis media, sinusitis, bronquitis, neumonías y asma infantil⁽⁴⁰⁾.

En la mayoría de los países desarrollados, las tasas de prevalencia del tabaquismo femenino se mantienen elevadas, si bien su evolución varía según se trate de países anglosajones o bien mediterráneos. En Estados Unidos, si en 1965 fumaban el 51,9% de los varones y el 33,9% de las mujeres, en 2001 lo hacían el 25,5% de los hombres y el 21,5% de las mujeres^(19,41). Si bien se observa un gran descenso en la prevalencia en el género masculino, la tendencia en las mujeres es a reducir también el número de fumadoras.

En España, donde hay una tradición más reciente del tabaquismo femenino, la tendencia es a incrementar la prevalencia de fumadoras a diferencia de los varones, que tiende a reducirse. Así, en 1978 fumaban el 65% de los varones y tan sólo el 17% de las mujeres, mientras que en la última Encuesta Nacional de Salud, fuman el 42% de los varones y el 27,2% de las mujeres (Fig. 4)^(41,21).

Entre los factores que han contribuido al inicio y mantenimiento del tabaquismo femenino se encuentran:

1. *Aspectos históricos*: a diferencia de lo que ocurrió en los países anglosajones, donde el tabaquismo femenino empezó a incrementarse en los años 40, motivado por la situación política y económica de la época; en España, dicho incremento no se produjo hasta finales de los años 60. Fue con el desarrollo económico de la década de los 60, seguido de la reimplantación de la democracia, cuando se produjo un mayor acceso de las clases favorecidas femeninas a la universidad y la emancipación de las mismas⁽⁴¹⁾.

Por otra parte, a diferencia de países con mayor tradición de tabaquismo femenino, son las mujeres de un nivel socioeconómico más elevado las que más fuman, mientras que en los varones se ha producido un gradiente inver-

so. Sin embargo, según los datos de la última encuesta sobre tabaquismo en Cataluña del año 1998, se podría estar produciendo un cambio en el perfil socioeconómico de las mujeres fumadoras. En 1990 eran las mujeres de las clases medio-altas y altas las que más fumaban, mientras que en 1998 se observa que las que más fuman son las de clases medias⁽⁴¹⁾.

2. *Aspectos socioculturales*, que son determinantes en el inicio del hábito. En España la edad de inicio del tabaquismo tiende a disminuir. El 39,4% de los varones y el 30,4% de las mujeres de 16 y más años comienzan a fumar antes de los 16 años, siendo la edad media de inicio al consumo, según la ENSE 2001, de 13,2 años^(42,21). Influyen factores como el tabaquismo de los padres; parece que las chicas son más sensibles a esta influencia⁽⁴³⁾, si bien el factor fundamental es la influencia de los amigos⁽⁴⁴⁾, aunque este factor es más decisivo en los chicos.

3. *Aspectos psicológicos*: en la mujer, el tabaquismo se relaciona más con aspectos como la autoestima, la preocupación por la propia imagen y el control del peso y del estrés⁽⁴¹⁾.

4. *Utilidad percibida*: para los fumadores de ambos sexos la dificultad para abandonar el tabaco está en parte motivada por la percepción de un mayor beneficio que los costes que pueda ocasionar el tabaco en la salud. En las mujeres, los beneficios aducidos son, fundamentalmente, el control del estrés y el control del peso⁽⁴¹⁾. Entre los costes, el daño al feto durante el embarazo, que es un momento de especial motivación para que la mujer deje de fumar. Sin embargo, en España, sólo el 20% de las embarazadas dejan de fumar espontáneamente, la mayoría reduce el consumo y un porcentaje elevadísimo recae antes de un año tras el parto⁽⁴⁵⁾. Finalmente, la falsa creencia de que las marcas de cigarrillos *light* constituyen una forma menos nociva de fumar ha contribuido a la incorporación masiva de la mujer a este tipo de tabaco⁽⁴¹⁾.

5. *Aspectos ambientales*, tanto la publicidad como las políticas de precios y cargas fis-

cales a las que están sometidos los productos del tabaco. Mediante mensajes muy bien diseñados que estratifican a las jóvenes por edad según las razones por las cuales fuman, la publicidad ha contribuido al inicio del tabaquismo femenino. Así, por ejemplo, se ha demostrado que a los 12-13 años, las chicas fumadoras se consideran más atractivas que las no fumadoras; a los 15-16 años, sienten que han de ir a la moda; y a los 18-19 años, les gustaría ser como los chicos fumadores, más duras y arrogantes. Todas estas razones vienen perfectamente representadas en las imágenes de revistas o anuncios animando a las jóvenes a iniciar y mantener esta drogodependencia⁽⁴⁶⁾.

6. *Dependencia nicotínica*: parece que en las mujeres españolas existe menor dependencia física a la nicotina como demostró el estudio IBERPOC⁽⁵⁰⁾.

Epidemiología del tabaquismo adolescente

En los países desarrollados, el tabaco es la primera sustancia adictiva con la que la mayoría de los escolares y adolescentes se ponen en contacto. De hecho, el 90% de los fumadores inician su hábito en esta etapa de la vida⁽⁴⁷⁾.

El adolescente comienza a fumar como parte de su proceso de experimentación y conocimiento del entorno propio del adulto. La asociación entre determinadas situaciones y los efectos farmacológicos de la nicotina que resultan beneficiosos para ellos induce a utilizar el tabaco como regulador emocional y termina desarrollando la dependencia a esta sustancia. Tanto el inicio como el mantenimiento del tabaquismo, como ocurre en otras drogodependencias, tiene su origen en el entorno social del individuo, utilizando para su consolidación otras características biológicas o psicológicas⁽⁴⁸⁾.

Dentro de los elementos sociales que más influyen en el inicio está la publicidad (no hay que olvidar que los adolescentes constituyen su población diana), el aumento del fracaso escolar, la proliferación de colectivos anticul-

tura o las manifestaciones de inadaptación social y escolar entre los menores⁽⁴⁹⁾. Para algunos autores, factores como la existencia de amigos fumadores, actitudes favorables al consumo, la intuición de fumar en el futuro y el consumo de bebidas alcohólicas, son predictores de cara al posible inicio⁽⁵⁰⁾. Otros autores^(51,52) incluyen también el tabaco como forma de afrontar el estrés o el mantenimiento del peso en las adolescentes.

Se ha observado la mayor frecuencia de hijos fumadores entre padres también fumadores. De hecho, hoy en día el 40% de los niños están expuestos al humo del tabaco ambiental en sus domicilios⁽⁵³⁾. Se especula sobre si esta mayor incidencia en hijos de padres fumadores pudiera no ser sólo consecuencia del aprendizaje, sino tener, además, una base genética. Para algunos autores dicha participación podría llegar a ser la causa de un 50 a 80% de la incidencia del tabaquismo⁽⁵⁴⁾.

En Estados Unidos, a los 15 años de edad el 26% de los encuestados han fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días⁽⁵⁵⁾. En Europa alcanza al 30% y en España, al 29% de los escolares⁽⁴⁸⁾. El último informe del Observatorio Español sobre Drogas 2000⁽⁵⁶⁾, que transcribe, entre otros, los resultados de la encuesta sobre drogas a la población escolar de 1998, pone de manifiesto que el 62% de los escolares han consumido tabaco en alguna ocasión. Si se excluye a aquellos que tan sólo han consumido algunos cigarrillos a lo largo de su vida, se situaría en el 34,7%. De ellos, un 6,4% se definen como exfumadores y el 28,3% restante fuman actualmente. La proporción de escolares que fuman diariamente se sitúa en el 21,6%.

Para conocer la situación real en nuestro país y su evolución, está el Estudio de las Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (ECERS), realizado en 1986, 1990 y 1994, que ha permitido conocer las tendencias entre mitad de los ochenta y mitad de los noventa en lo referente a la población escolarizada^(57,58); y el proyecto Estilos de Vida de los Adolescentes Escolarizados (EVAE), que

TABLA 4. Prevalencia del consumo de tabaco en el alumnado español de quince años de edad, en función del género (1990-2002)

Año del estudio	Han probado tabaco		Consumen tabaco		Fuman regularmente*		Fuman diariamente	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
1990	57,8	27,9	29,5	31,7	17,5	22,7	11,0	15,5
1994	55,1	66,0	27,8	36,4	20,3	27,0	14,8	18,6
2002	55,0	67,9	27,7	39,4	21,0	32,5	15,7	24,7

*Al menos una vez a la semana. Modificado de referencia⁽⁵⁹⁾.

valora la tendencia actual⁽⁵⁹⁾. Como puede observarse en la tabla 4⁽⁵⁹⁾, el consumo de tabaco parece haberse estabilizado entre los chicos de 15 años, pero parece estar aumentando entre las chicas, sobre todo en las que fuman diariamente, que han incrementado su prevalencia al 24,7%. En 2002, fumaban el 39,4% de las chicas frente al 27,7% de los chicos de 15 años⁽⁵⁹⁾. Como crítica a la comparación de ambos estudios, cabe decir que antes de 1994 no era obligatoria la escolarización a los 15 años, por lo que la muestra del ECERS probablemente no sea representativa de la población de 15 años, aunque sí de los escolarizados. Quizás estos hallazgos sean un indicio de que en los próximos años puede dejar de disminuir la proporción de varones fumadores y también de que puede volver a subir el porcentaje de españolas fumadoras⁽⁵⁹⁾.

La alta prevalencia del tabaquismo de los escolares se compagina con la moderación en el número de cigarrillos consumidos, con un consumo medio de 7,7 cigarrillos/día. La cantidad media aumenta cuando el consumo es diario hasta alcanzar los 8,7 cigarrillos/día. La prevalencia en el consumo es sensiblemente superior en las chicas: el 39,8% han fumado alguna vez y el 33,3% lo han hecho en el último mes. La edad aparece claramente asociada al consumo de tabaco, aumenta según lo hace la edad: el 15,8% de los escolares de 14

años fuman frente al 46,5%, que lo hace a los 18 años.

La edad media de inicio se sitúa en 13,1 años, elevándose a los 14,4 años para el consumo diario, no existiendo diferencias por sexos en las edades de inicio para este patrón de consumo⁽²¹⁾.

Existen datos que demuestran cómo entre los niños y niñas de 10 a 17 años que han fumado en los 30 días previos la proporción que considera que el “tabaco le relaja o calma” (67,9%) o que “es realmente duro dejarlo” (56%), no es significativamente diferente de la encontrada entre adultos jóvenes (75,5% y 61,6%, respectivamente)⁽⁵⁰⁾. Estos hallazgos vienen a desarmar el argumento de que el niño, al llevar poco tiempo fumando, no desarrolla dependencia física a la nicotina, como postulan algunos programas de deshabituación al tabaco⁽⁴⁸⁾.

Epidemiología del tabaquismo en el personal sanitario

Tanto por su función modélica dentro de la sociedad como por su actuación profesional, se ha de resaltar la importancia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios. En 1998, el 38,9% de los sanitarios (personal médico y de enfermería) eran fumadores, correspondiendo un 34,7% al personal médico y un 43,2% al de enfermería. A diferencia de la población general, la prevalen-

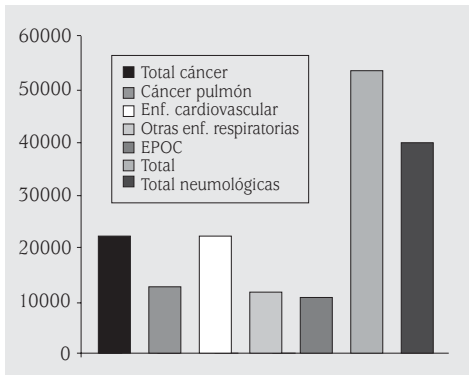


FIGURA 5. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España (España, 1998).

cia de mujeres fumadoras es llamativamente superior en este sector profesional, el 42,2% de las mujeres frente al 34,4% de varones⁽²¹⁾.

Efectos del tabaco sobre la salud: morbimortalidad

El consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades. Es responsable del 90% de la patología tumoral, el 75% de los procesos clasificados como bronquitis crónica o enfisema y del 25% de los síndromes coronarios agudos^(20,58).

En España, se estima que el consumo de tabaco ha ocasionado la muerte de 621.678 personas de 35 y más años, durante el período 1978-1992, lo que supone el 14% de la tasa de mortalidad global anual⁽⁵⁸⁾. En los últimos 20 años, la cifra de mortalidad por tabaco ha aumentado un 49%⁽²⁸⁾. El 92% de las muertes fueron en varones y el 7,5%, en mujeres. El 25% afectaron a sujetos de menos de 65 años, lo que supone que una de cada cuatro muertes por causa del tabaco sucede de forma prematura. El 71% de las muertes fueron por patología respiratoria, el 36,1%, por enfermedades cardiovasculares y el 15,4%, por patología del resto de los órganos (Fig. 5)⁽⁶⁰⁾.

El Banco Mundial ha evaluado los gastos directos e indirectos de las muertes prematuras y de la morbimortalidad atribuibles al tabaquismo, estimando que un aumento de 1.000 toneladas en el consumo de tabaco

representa 2,6 millones de dólares de beneficios y 29,8 millones de costes. Esto supone una pérdida neta de 27,2 millones de dólares⁽⁵⁸⁾.

En 1998, se estimó que la sola reducción del consumo de tabaco en un 10% evitaría costes equivalentes al 0,18% del PIB en España.

Es evidente que fumar representa una importante pérdida social en vidas y en calidad de vida. Utilizando el DALY, unidad de medida de la cantidad de años perdidos no sólo por muerte anticipada, sino considerando también la pérdida de calidad de vida valorada por la capacidad para las actividades cotidianas, en el año 2002 las pérdidas fueron de 59,1 millones de DALY para el tabaco, muy superior a las producidas por drogas ilícitas, alcohol o la polución atmosférica (11,2, 58,3 y 7,9 millones de DALY, respectivamente) con la que habitualmente tienden a justificar su dependencia los fumadores^(20,61).

BIBLIOGRAFÍA

1. Slade J. Historical Notes on Tobacco. En: Bolliger CT, Fagerström KO, eds. Progress in respiratory research. The tobacco epidemic. Switzerland: Karger; 1997. p.1-11.
2. Sauret J. Historia. En: Jiménez C. Aproximación al tabaquismo en España. 1997. p.11-21.
3. Bialous SA, Shatenstein S. Profits over people: tobacco industry activities to market cigarettes and undermine public health in Latin America and the Caribbean. Pan American Health Organization, 2002.
4. Khalaf A, Viguri A, Fabregat A. Tabaco, salud y justicia. *Prev Tab* 2003; 5: 144-8.
5. Da Costa e Silva VL, Nikgossian H. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco: la globalización de la salud pública. *Prev Tab* 2003; 5: 71-5.
6. Monardes N. Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en Medicina. Sevilla, 1574. Padilla Lib. (Ed. facsímil). Sevilla, 1988.
7. Guerra F. Historia de la Medicina. Ed Norma S.A. Madrid 1982. Tomo I: 314-5.
8. Sauret J. Sobre el uso y aplicaciones terapéuticas de la "Nicotiana tabacum" (vulgarmente tabaco) durante los siglos XVI-XVIII. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 29-31.

9. López AD, Collishow HE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-47.
10. Villalbí JR, Ariza C. El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención. En: Villalba JR, Ariza C, eds. *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Informe SEPAS 2000. Barcelona: p. 3-15.
11. Ezzati M, López AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362: 847-52.
12. Cigarette smoking –attributable morbidity– United States, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52: 842-44.
13. Quantifying selected major risks to health. *World health report 2002*. Geneva: World Health Organization, 2002. (http://www.who.int/whr/2002/Chapter_4.pdf)
14. Liu BQ, Peto R, Chen ZM, Boreham J, Wu YP, Li JY, et al. Emerging tobacco hazards in China (I). Retrospective proportional mortality study of one million deaths. *BMJ* 1998; 317: 1411-22.
15. Niu SR, Yang GH, Chen ZM, Wang JL, Wang GH, He XZ, et al. Emerging tobacco hazards in China (II). Early mortality results from a prospective study. *BMJ* 1998; 317: 1423-4.
16. Gupta PC, Mehta HC. Cohort study of all cause mortality among tobacco users in Mumbai, India. *Bull WHO* 2000; 78: 877-83.
17. Prevalence of current cigarette smoking among adults, and changes in prevalence of current and some day smoking, United States, 1996-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52: 303-4, 306-7.
18. Tobacco information and prevention source. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 2003. (http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/adults_prev/adstatl.htm)
19. Tobacco control in the wake of the 1998 Master Settlement Agreement. *N Engl J Med* 2004; 350: 293-301.
20. Sánchez Agudo L. La pandemia por tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39 (Suppl 4): 24-7.
21. Encuesta Nacional de Salud 2001. Disponible en <http://www.msc.es/proteccionSalud/adolescenciaJuven/prevenir/introduccion.htm> (fecha de acceso 20 de enero 2004)
22. Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. En: Bolliger CT, Fagerström KO, eds. *Progress in respiratory research. The tobacco epidemic*. Switzerland: Karger: 1997. p. 64-77.
23. World Health Organization: tobacco or health: first global status report. Geneva, WHO, Tobacco or Health Programme, 1997.
24. Villalbí JR. Prevención del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39 (Suppl 4): 28-32.
25. Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, 1992.
26. Encuesta Nacional sobre el hábito de fumar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, 1995.
27. Escudero C, Riesgo C. Tabaquismo en España. Situación actual. *PAR* 1994; Especial Congreso SEPAR: 13-22.
28. Comité Científico del Estudio IBERPOC. Proyecto IBERPOC: un estudio epidemiológico de la EPOC en España. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 293-9.
29. Miravittles M, Sobradillo V, Villasante C, Gabriel R, Masa JF, Jiménez C, et al. Estudio epidemiológico de la EPOC en España (IBERPOC): reclutamiento y trabajo de campo. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 152-8.
30. Jiménez C, Masa JF, Sobradillo V, Gabriel R, Miravittles M, Fernández-Fau L, et al. Prevalencia y actitudes sobre el tabaquismo en población mayor de 40 años. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 241-4.
31. Hogue CJR, Berman SM. Smoking and the women's movement. En: Rosenberg MJ. *Smoking and reproductive health*. Littleton. Massachusetts: PSG Publishing, 1987. p. 23-6.
32. Jiménez C, Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Villasante C, Masa F, et al. Análisis del tabaquismo en España a la luz de los resultados del Estudio IBERPOC. *Prev Tab* 2000; 2: 189-93.
33. Farley TM, Meirik O, Chang CL, Poulter NR. Combined oral contraceptives, smoking and cardiovascular risk. *J Epidemiol Comm Health* 1998; 52: 775-85.
34. Stergachis A, Scholes D, Daling JR, Weiss NS, Chu J. Maternal cigarette smoking and the risk of tubal pregnancy. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 332-7.
35. Shan NR, Bracken MB. A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between material cigarette smoking and preterm delivery. *Am J Obstet Gynaecol* 2000; 182: 465-72.

36. Castellanos ME, Nebot M. Embarazo y tabaquismo: magnitud del problema y prevención desde los sistemas sanitarios, *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 670-4.
37. Law MR, Hackshaw AK. A met-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect. *Br Med J* 1997; 315: 841-6.
38. Sáiz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco J, Cortés M et al. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 441-73.
39. Haglund B, Cnattingins S. Cigarette smoking as a risk factor for sudden infant death syndrome: a population based study. *Am J Public Health* 1990; 80: 29-32.
40. Stick SM, Burton PR, Gurrin L, Sly PD, LeSovef PN. Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *Lancet* 1996; 348: 1060-4.
41. Jané M, Pardell H, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prev Tab* 2001; 3: 147-54.
42. Informe sobre la salud de los españoles: 1998. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública 1999.
43. Díez E, Villalba JR, Nebot M, Aubà J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio trasversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 334-9.
44. Charlton A, Blair V. Predicting the onset of smoking in boys and girls. *Soc Sci Med* 1989; 29: 813-8.
45. Jané M, Nebot M, Badi M, Berjano B, Muóz M, Rodríguez MC, et al. Factores determinantes del abandono del hábito tabáquico durante el embarazo. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 132-5.
46. Amos A, Gray D, Currie C, Elton R. Healthy or druggy? Self image, ideal image and smoking behaviour among young people. *Soc Sci Med* 1997; 45: 847-58.
47. Perula LA, Ruiz R, Lora N, Mengual P, Rodríguez C, Espejo J. Consumo de tabaco entre la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit* 1998; 12: 249-53.
48. Sánchez L. Tabaquismo en la infancia. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 1-4.
49. González C. Factores biopsicosociales que inciden en el consumo de tabaco en población infanto-juvenil. Bases para una educación preventiva. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía 1999.
50. Ariza C, Nebot M. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria en Barcelona y Lleida. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 227-38.
51. Waldran I, Lye D. Relationships of teenage smoking to educational aspirations and parent's education, *J Subst Abuse* 1990; 2: 201-15.
52. Tomeo CA, Field AE, Berkey CS, Golditz GE, Frazier AL. Weight concerns, weight control behaviors and smoking initiation. *Pediatrics* 1999; 104: 918-24.
53. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization, 2002.
54. Worsnop C. Smoking. Not for anyone. *Chest* 2003; 123: 1338-40.
55. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. 1996 Secondary school students in: National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study. 1975-1995. Vol I. Rockville: National Institute on Drug Abuse, NHI. Pub n° 97: 4139. 1996.
56. Observatorio Español sobre Drogas. Informe n° 3. Marzo 2001.
57. Mendoza R, Sagrero MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994.
58. Mendoza R, Batista JM, Sánchez M, Carrasco A. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanit* 1998; 12: 263-71.
59. Mendoza R. Retos y obstáculos en la prevención del tabaquismo adolescentes. *Prev Tab* 2003; 5: 136-43.
60. Banegas JR, Díez L, Rodríguez F, González J, Graciano A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-4.
61. Murray C, López A. WHO. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Geneva: World Health Organization 2002.