



# Prevención del Tabaquismo

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

## sumario

### Editoriales

- *Craving* y síndrome de abstinencia  
C.A. Jiménez Ruiz
- ¿Por qué necesitamos una nueva ley antitabaco en España?  
J.A. Riesco Miranda

### Originales

- Características del consumo de tabaco en estudiantes de la Facultad de Educación y la Facultad de Formación del Profesorado de la Universidad de Extremadura  
M.J. Antona Rodríguez, B. León del Barco
- Perfil pre-intervención según el hábito tabáquico de los trabajadores de Correos tras la Ley 28/2005  
M.T. Vicente Herrero, A.A. López González, P. Pont Martínez, C. Santamaría Navarro

### Revisión

- ¿Es posible individualizar el tratamiento farmacológico del tabaquismo?  
C.A. Jiménez Ruiz, J.J. Ruiz Martín, N. Amor Besada, A. Cicero Guerrero, M. Mayayo Ulibarri, M. Cristóbal Fernández, S. Solano Reina, J.I. de Granda Orive

### Cartas al Director

### In memoriam

- Helios Pardell  
E. Saltó Cerezuela

INCLUIDA EN EL IME  
Y EN EL IBECs

Índice Médico Español (IME)  
Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECs)

# Prevención del Tabaquismo



Vol. 10 Núm. 4  
Octubre-Diciembre 2008

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA (SEPAR)

### JUNTA DIRECTIVA

<i>Presidente:</i>	J. Ancochea Bermúdez (Madrid)
<i>Vicepresidente Cirujano Torácico:</i>	J. Freixinet Gilart (Las Palmas)
<i>Vicepresidente Neumólogo:</i>	F. Rodríguez de Castro (Las Palmas)
<i>Secretario General:</i>	F. Barbé Illa (Lleida)
<i>Vicesecretario-Tesorero:</i>	J.M. Rodríguez González-Moro (Madrid)

### Área Tabaquismo

<i>Coordinador:</i>	J.A. Riesco Miranda
<i>Vocales:</i>	C. Esquinas Dr. J.C. Serrano Rebollo Dr. S. Solano Reina

### Coordinadores Áreas

<i>Asma:</i>	V. Plaza Moral (Barcelona)
<i>Circulación pulmonar:</i>	D. Jiménez Castro (Madrid)
<i>Enfermería y fisioterapia:</i>	E. Sánchez Gómez (Cáceres)
<i>EROM:</i>	P. Cebollero Rivas (Pamplona)
<i>TRS-VM-CRC:</i>	J. Durán Cantolla (Vitoria)
<i>EPOC:</i>	G. Peces-Barba Romero (Madrid)
<i>Oncología:</i>	A. López Encuentra (Madrid)
<i>Tabaquismo:</i>	J.A. Riesco Miranda (Cáceres)
<i>Técnicas y trasplantes:</i>	C. Disdier Vicente (Cáceres)
<i>TIR:</i>	R. Menéndez Villanueva (Cáceres)

## PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

<b>Director</b> C.A. Jiménez Ruiz	P. Plaza Valía J.A. Riesco Miranda J.L. Rodríguez Hermosa	J.F. Etter (Suiza) K.O. Fagerström (Suecia) E. Fernández (Barcelona)	S. Nardini (Italia) A. Peruga (EE.UU.) M <sup>a</sup> .D. Plaza Martín (Salamanca)
<b>Director Adjunto</b> M. Barrueco Ferrero	P.J. Romero Palacios M. Torrecilla García	A. Ferrero Gatón (Santander) S. Flórez Martín (Madrid) J.F. García Gutiérrez (Granada)	M <sup>a</sup> .J. Pont Martínez (Valencia) J. Precioso (Portugal) A.M <sup>a</sup> . Quintas Rodríguez (Madrid)
<b>Comité de Redacción</b> J.I. de Granda Orive A. Pérez Trullén S. Solano Reina	<b>Coordinación Editorial</b> C. Rodríguez Fernández	A. García Hidalgo (Cádiz) I. García Merino (Madrid) J. González Alonso (Madrid) J.M. González de Vega (Granada)	F.B. Ramos Postigo (Murcia) F. Rodríguez de Fonseca (Málaga) M. Rosell Abos (Zaragoza)
<b>Comité Asesor</b> N. Altet Gómez F. Álvarez Gutiérrez J.R. Banegas Banegas C. Bartolomé Moreno F. Camaralles Guillem J.M. Carreras Castellet F. Carrión Valero M.L. Clemente Jiménez E. de La Cruz Amorós F. Domínguez Grandal I. Hernández del Rey L. Lázaro Asegurado V. López García-Aranda J.J. Lorza Blasco I. Nerín de La Puerta J.F. Pascual Lledó	<b>Comité Científico</b> R. Abengozar Muela (Toledo) J.R. Aguirre Martín-Gil (Madrid) B. Alonso de la Iglesia (S. Compostela) J.L. Álvarez-Sala Walther (Madrid) C. Ariza Cardenal (Barcelona) J. Astray Mochales (Madrid) F.J. Ayesta Ayesta (Santander) J. Bartol Nieto (Salamanca) T. Casamitjà Sot (Gerona) M <sup>a</sup> .P. Cascan Herrero (Zaragoza) L. Dale (EE.UU.) P. de Lucas (Madrid) J.L. Díaz-Maroto Muñoz (Guadalajara) L. Escosa Royo (Zaragoza) C. Escudero Bueno (Oviedo)	A. Guirao García (Madrid) P. Hajek (Reino Unido) J.E. Henningfield (EE.UU.) M.A. Hernández Mezquita (Cáceres) M. Jané Checa (Barcelona) M.P. Jiménez Santolaya (Logroño) A. Johnston (EE.UU.) A. Khalaf (Castellón) M. Kunze (Austria) J. López García (Las Palmas) D. Marín Tuyà (Barcelona) F.L. Márquez Pérez (Badajoz) J.M. Martín Moreno (Madrid) C. Martínez Martínez (Barcelona) F. Martínez (Valladolid) M. Mayayo Ulibarri (Madrid) E. Monsó Molas (Barcelona)	M <sup>a</sup> .J. Pont Martínez (Valencia) J. Precioso (Portugal) A.M <sup>a</sup> . Quintas Rodríguez (Madrid) A. Ramos Pinedo (Madrid) F.B. Ramos Postigo (Murcia) F. Rodríguez de Fonseca (Málaga) M. Rosell Abos (Zaragoza) A. Ruiz Cobos (Madrid) J. Sala Felís (Oviedo) E. Saltó i Cerezuela (Barcelona) I. Sampablo Lauro (Barcelona) L. Sánchez Agudo (Madrid) A. Sánchez Rodríguez (Salamanca) A. Santacruz Siminiami (Murcia) J. Signes-Costa Miñana (Alicante) V. Sobradillo Peña (Bilbao) B. Steen (Madrid) G. Till (Palma de Mallorca) J. Toledo Pallarés (Zaragoza) P. Tonessen (Dinamarca) A. Vellisco García (Sevilla) H. Vereza Hernando (La Coruña) J.L. Viejo Bañuelos (Burgos)

# Prevención del Tabaquismo



Vol. 10 Núm. 4  
Octubre-Diciembre 2008

---

## FORO NEUMOLÓGICO DE TABAQUISMO. SEPAR

---

### *Sociedades Científicas*

AIRE  
ASTURPAR  
NEUMOCAN  
NEUMOMADRID  
NEUMOSUR  
SADAR  
SEAR  
SOCALPAR  
SOCAMPAR  
SOCAP  
SOGAPAR  
SOMUPAR  
SVNEUMO  
SVNPR

### *Representantes*

Dr. Antonio Cascales García (*Ibiza*)  
Dr Manuel A. Martínez Muñiz (*Asturias*)  
Dr. Lorenzo Pérez Negrín (*S.C. Tenerife*)  
Dr. Juan Luis Rodríguez Hermosa (*Madrid*)  
Dr. Pedro J. Romero Palacios (*Granada*)  
Dr. Alfonso Pérez Trullén (*Zaragoza*)  
Dra. Fca. Lourdes Márquez Pérez (*Badajoz*)  
Dr. Miguel Barrueco Ferrero (*Salamanca*)  
Dr. José María Ruiz de Oña (*Toledo*)  
Dra M<sup>a</sup> Nieves Altet Gómez (*Barcelona*)  
Dr. José Blanco Perez (*Ourense*)  
Dr. Antonio Santacruz Siminiani (*Murcia*)  
Dr. Jaime Signes-Costa Miñana (*Alicante*)  
Dr. Esteban Ruiz de Gordejuela (*Vizcaya*)

# Prevención del Tabaquismo



Vol. 10 Núm. 4  
Octubre-Diciembre 2008

---

## SUMARIO

### EDITORIALES

- 121 *Craving* y síndrome de abstinencia  
*C.A. Jiménez Ruiz*
- 123 ¿Por qué necesitamos una nueva ley antitabaco en España?  
*J.A. Riesco Miranda*

### ORIGINALES

- 125 Características del consumo de tabaco en estudiantes de la Facultad de Educación y la Facultad de Formación del Profesorado de la Universidad de Extremadura  
*M.J. Antona Rodríguez, B. León del Barco*
- 131 Perfil pre-intervención según el hábito tabáquico de los trabajadores de Correos tras la Ley 28/2005  
*M.T. Vicente Herrero, A.A. López González, P. Pont Martínez, C. Santamaría Navarro*

### REVISIÓN

- 140 ¿Es posible individualizar el tratamiento farmacológico del tabaquismo?  
*C.A. Jiménez Ruiz, J.J. Ruiz Martín, N. Amor Besada, A. Cicero Guerrero, M. Mayayo Ulibarri, M. Cristóbal Fernández, S. Solano Reina, J.I. de Granda Orive*

- 144 CARTAS AL DIRECTOR

### IN MEMORIAM

- 148 Helios Pardell  
*E. Saltó Cerezuela*

# Prevención del Tabaquismo



Vol. 10 N. 3  
October-December 2008

---

## SUMMARY

### EDITORIALS

- 121 Craving and withdrawal syndrome  
*C.A. Jiménez Ruiz*
- 123 Why do we need a new anti-tobacco law in Spain?  
*J.A. Riesco Miranda*

### ORIGINALS

- 125 Characteristics of tobacco consumption in studies from the School of Education and School of Training of University Teachers of the University of Extremadura (Spain)  
*M.J. Antona Rodríguez, B. León del Barco*
- 131 Pre-intervention profile according to smoking habit of Post Office workers after Law 28/2005  
*M.T. Vicente Herrero, A.A. López González, P. Pont Martínez, C. Santamaría Navarro*

### REVIEW

- 140 Is it possible to individualize drug treatment for smoking cessation?  
*C.A. Jiménez Ruiz, J.J. Ruiz Martín, N. Amor Besada, A. Cicero Guerrero, M. Mayayo Ulibarri, M. Cristóbal Fernández, S. Solano Reina, J.I. de Granda Orive*

- 144 LETTERS TO THE EDITOR

### IN MEMORIAM

- 148 Helios Pardell  
*E. Saltó Cerezuela*

## *Craving* y síndrome de abstinencia

C.A. Jiménez Ruiz

*Unidad Especializada en Tabaquismo. Comunidad de Madrid.*

---

Todas las normativas y guías de práctica clínica establecen que el tratamiento del tabaquismo debe combinar la utilización de un tratamiento farmacológico conjuntamente con el apoyo psicológico, de diferente intensidad<sup>1-3</sup>. Tan importante es uno como otro, por cuanto que ambos juegan diferentes papeles, pero complementarios, a la hora de ayudar a los fumadores a dejar de serlo.

El objetivo fundamental del tratamiento farmacológico es aliviar el *craving* y los síntomas del síndrome de abstinencia. Hay que considerar que el padecimiento de esta sintomatología por parte de los fumadores cuando están dejando de fumar, es una de las principales causas de recaída. Es importante que los profesionales sanitarios entendamos las diferentes características de estos síntomas: su definición, las causas que explican su aparición y los instrumentos de los que disponemos para su valoración. La comprensión de estos aspectos nos ayudará a su control y mejor tratamiento y con ello estaremos proporcionando a nuestros pacientes la mejor de las ayudas.

Se define como síndrome de abstinencia al conjunto de síntomas y signos de naturaleza física y psíquica que aparecen como consecuencia de la interrupción, o reducción o abandono del consumo del tabaco. Las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia se clasifican en cuatro categorías: a) síntomas: ansiedad, disforia, dificultad de concentración, irritabilidad, impaciencia, insomnio e inquietud; b) signos: bradicardia y cambios en el EEG; c) síntomas y signos que pudieran ser debidos a la abstinencia pero cuya causalidad no ha sido totalmente validada: estreñi-

miento, tos, mareo, somnolencia y úlceras bucales; d) síntomas y signos colaterales al abandono del consumo del tabaco pero que no son causados por la abstinencia: incremento en los niveles plasmáticos de algunos medicamentos, incremento en los niveles de MAO y ganancia de peso<sup>4,5</sup>. Las bases neurofisiológicas que explican este síndrome son: a) incremento en el número y alteración de la función de los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental ventral (ATV) del mesencéfalo; b) disminución de los niveles de cortisol plasmático en el sujeto que ha abandonado el consumo del tabaco; c) disminución de los niveles de noradrenalina en el *locus coeruleus* (LC); y d) reducción de los niveles de dopamina en el núcleo *accumbens* (NA)<sup>6</sup>. Se han desarrollado diferentes cuestionarios para medir la intensidad del síndrome de abstinencia. De todos los cuestionarios, uno de los más utilizados en la práctica clínica es el *Minnesota Nicotine Withdrawal Scale* (MNWS)<sup>7</sup>. Este cuestionario está constituido por nueve ítems que incluyen: *craving*, disforia, irritabilidad/frustración/ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, aumento del apetito, dificultad para dormirse y dificultad para mantenerse dormido. 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 grave del mismo. En general, la medición de la intensidad del síndrome de abstinencia debe realizarse de forma continuada durante las primeras 4 a 8 semanas después de dejar de fumar. Es importante analizar el síndrome de abstinencia, incluso antes del momento de abandono, con el objetivo de disponer de una medición basal del mismo. La utilización de este cuestionario en la práctica clínica habitual se muestra muy útil no sólo para ayudar al terapeuta a conocer el estado de sus pacientes, sino también para manejar adecuadamente la medicación. Aquellos sujetos cuyos síntomas del síndrome de abstinencia no se con-

---

*Correspondencia:* Dr. C.A. Jiménez Ruiz. C/ Santa Cruz del Marcenado, 9 piso 2. 28009 Madrid. e-mail: carlos.jimenez@salud.madrid.org

*Recibido:* Junio 2008. *Aceptado:* Agosto 2008  
[Prev Tab 2008; 10(3): 121-122]

trolen con la medicación utilizada son susceptibles de recibir nuevos tratamientos, o incluso de incrementar la dosis de los que ya se están utilizando.

Se define el *craving* como el deseo irrefrenable de volver a consumir cigarrillos que padece un alto número de fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. El *craving* es un síntoma que aparece con mucha frecuencia y su padecimiento es una de las más frecuentes causas de recaída. Desde un punto de vista neurofisiológico, el *craving* está relacionado con dos circunstancias: a) disminución de los niveles de dopamina en el NA; y b) por otro lado, sabemos que la administración de nicotina se realiza asociada a una serie de factores externos. La presencia de estos contribuye al incremento de dopamina en el NA, es decir, son factores reforzadores de la creación de dependencia. Pero, además, sabemos que cuando el sujeto es sometido al influjo de estos factores desarrolla avidez por la readministración de la droga. Es decir, estos factores externos contribuyen a la aparición del *craving* en el sujeto que esta dejando de fumar<sup>6</sup>. Diferentes cuestionarios han sido desarrollados para evaluar adecuadamente el *craving*. Algunos de ellos evalúan necesidad de consumir tabaco, otros ganas de consumir cigarrillos o incluso, otros, deseo de fumar. Los más recientes estudios indican que la utilización de escalas con varias cuestiones en las que se investigue necesidad, deseo, ganas, etc. o en las que se trate de diferenciar entre cigarrillos o tabaco, no tiene grandes ventajas sobre aquellas en las que con una única cuestión se aborda la necesidad/ganas/deseo de fumar un cigarrillo/tabaco. Es decir, podemos considerar que el *craving* es un síntoma unidimensional y que es lo mismo medirlo como necesidad o deseo o apetencia. Por esto, nuestra recomendación es que en la práctica clínica se utilice el cuestionario *Single Rating of Craving*. Con su uso, el clínico obtendrá suficiente información para conocer la evolución de la intensidad del síntoma en su paciente, así como saber si el tratamiento está surtiendo el efecto deseado o si existen posibilidades de recaídas. El *Single Rating of Craving* consta de una sola pregunta en la que de forma sencilla se evalúa la necesidad

de consumir un cigarrillo en las últimas 24 horas. El sujeto valora esta necesidad en una escala que va desde 0 a 5 donde 0 se corresponde con la ausencia del síntoma y 5, con la presencia grave del mismo<sup>8</sup>.

La utilización de estos cuestionarios: MNWS y el *Single Rating of Craving* facilitará el análisis y evolución de la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia y del *craving* y, de esta forma, se mejorará la prescripción farmacológica durante el período de abandono del consumo del tabaco.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TR et al. Treating tobacco use and dependence. 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville, US. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Orive JJ, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. Arch Bronconeumol 2008; 44: 213-219.
3. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratziau C, Jimenez-Ruiz CA, Nardini S, et al. Task Force recommendations: smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. Eur Respir J. 2007; 29: 390-427.
4. Hughes JR, Hatsukami D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 289-94.
5. West R. Proposal for a questionnaire to measure craving in a clinical setting. 9<sup>th</sup> European Conference of SRNT. Madrid October 2007.
6. Fagerström KO, Balfour D. Neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence. Expert Opin Investig Drugs 2006; 15: 107-116.
7. Shiffman S, West R, Gilbert D. SRNT Work Group on the assessment of tobacco craving and withdrawal in tobacco cessation trials. Nicotine Tob Res 2004; 6: 599-614.
8. Shiffman S. Measuring craving and withdrawal. European Conference of SRNT. Madrid, October 2007.

## ¿Por qué necesitamos una nueva ley antitabaco en España?

J.A. Riesco Miranda

*Servicio de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. Coordinador del Área de Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).*

---

El tabaquismo es la principal causa de morbimortalidad evitable y constituye el principal problema de salud pública en los países “desarrollados”.

En España, el tabaquismo activo causa la muerte prematura a más de 50.000 personas cada año, correspondiendo la mitad de esas defunciones a sujetos en edad productiva, es decir, entre los 35-69 años de edad.

Además, también debemos destacar que el tabaquismo pasivo (o exposición involuntaria al humo de tabaco) es causa, en nuestro país, de más de 3.000 fallecimientos por año. En cualquier caso, cifras muy superiores a las documentadas y comunicadas como consecuencia de los accidentes de tráfico. No debemos olvidar que la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer ha declarado que el humo ambiental de tabaco (HAT) es un cancerígeno clase I y el principal contaminante de los espacios cerrados<sup>1</sup>.

En nuestro país, y en los últimos diez años, se han producido cambios cualitativos que suponen un importante avance en las políticas de control del tabaquismo, refiriéndonos particularmente a la ya “popular” Ley 28/2005 de medidas de control del tabaquismo<sup>2</sup>.

En el año 2005 el Área de Tabaquismo de la SEPAR realizó el primer estudio español de ámbito nacional, que proporcionó información acerca de la epidemiología del tabaquismo en España antes de la implementación de la Ley 28/2005, comprobando que casi la mitad de los españoles no fumadores estaban expuestos al HAT en su hogar, lugar de trabajo, centro de estudios o en lugares de ocio y tiempo libre<sup>3</sup>.

Actualmente se sabe que el impacto de la nueva Ley es bastante limitado según lo expresado en los resultados de los estudios epidemiológicos publicados por diferentes sociedades científicas (SEPAR, CNPT, Grupo de Evaluación de La Ley) y organizaciones sociales (OCU, AECC). Concretamente, si nos referimos al segundo estudio desarrollado por el Área de Tabaquismo de la SEPAR<sup>4</sup>, el impacto global de la misma sobre la reducción de la exposición al HAT no supera el 40%.

Son muchos los argumentos comunicados por diferentes entidades (científicas y sociales), que afirman con rotundidad, que aún estamos lejos de alcanzar los objetivos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del Convenio Marco del Control del Tabaquismo y cuyas principales disposiciones son: protección contra la exposición al humo del tabaco ajeno en los lugares de trabajo, transporte público y los espacios públicos cerrados; aumentar los impuestos del tabaco; prohibir las ventas a los menores de edad; fortalecer la legislación para combatir el contrabando; solicitar pruebas, mediciones y regulaciones del contenido y de las emisiones de los productos del tabaco.

Los retos pendientes en nuestro país una vez analizados los parámetros fundamentales que regulan el cumplimiento y alcance de los objetivos de la misma, los podemos resumir en:

1. Necesidad de un mejor control de la promoción que conllevará un incremento de las acciones dirigidas a la prevención entre los más jóvenes, con el fin de conseguir una reducción de la prevalencia del consumo de tabaco entre los más jóvenes y un retraso en la edad de inicio.
2. Incremento del cumplimiento de la ley en los lugares de ocio y hostelería, que sin duda supone uno de los principales vacíos de este nuevo marco legislativo: los trabajadores de este sector continúan expuestos al HAT

---

*Correspondencia:* J.A. Riesco Miranda. Servicio de Neumología. Hospital San Pedro Alcántara. Cáceres

*Recibido:* Junio 2008. *Aceptado:* Agosto 2008  
[Prev Tab 2008; 10(3): 123-124]

sin evidenciar ninguna actitud que indique una necesidad e ineludible defensa de su salud.

Actualmente se sabe que la autorregulación en los locales de superficie inferior a 100 metros cuadrados, aproximadamente llevada a cabo en el 80% del total, no ha servido porque la mayoría de los hosteleros han permitido fumar en sus locales... por miedo a perder ingresos si no permiten fumar a sus clientes.

Por otro lado, el incumplimiento en los locales regulados por ley (20% del total) es superior al 60%, lo que indica que un porcentaje superior al 40% de la población española estará expuesta en estos locales al HAT.

3. Se observa una deficiente información acerca de las consecuencias del tabaquismo pasivo, como lo demuestran las elevadas cifras de exposición de los niños en el hogar (superior al 30%) o el elevado porcentaje de mujeres embarazadas fumadoras (34%).
4. La prevalencia no se ha reducido en los límites esperables.
5. En algunas Comunidades Autónomas se detecta un incremento de la venta del número de cigarrillos.
6. La vigilancia y el control del cumplimiento de la ley, transferido a las propias Autonomías, se ha realizado tardíamente y con muchas dificultades en aspectos relacionados con la formación y competencia de los técnicos encargados.
7. No se ha desarrollado un circuito adecuado de asistencia al fumador y el tratamiento de éstos adolece de un incremento de consultas especializadas y de un desarrollo de programas integrales de atención que incluyan aspectos tan importantes como la financiación.

8. España sigue estando considerada como el estanco de Europa, como consecuencia del pobre impacto de las medidas fiscales aplicadas hasta el momento.

En resumen, éstos son algunos de los planteamientos que llevan a cuestionarnos sobre la necesidad de una nueva Ley que contribuya a ser consecuente con lo expresado en el artículo 43 de la Constitución Española, donde se reconoce explícitamente el derecho a la protección de la salud que tienen todos los españoles, sin olvidar que son los poderes públicos los responsables de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 2004; 83: 1-1438.
2. 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. BOE núm 309. Martes, 27 de diciembre de 2005.
3. Carrión Valero F, Jiménez Ruiz C, Riesco Miranda JA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Ramos Pinedo A. Epidemiología del tabaquismo pasivo en España antes de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Resultados de un estudio de base poblacional. *Prev Tab* 2008; 10: 86-94.
4. Jiménez Ruiz C, Riesco Miranda JA, Hurt RD, Ramos Pinedo A, Solano Reina S, Carrión Valero F. Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health* 2008; 18: 622-5.

# Características del consumo de tabaco en estudiantes de la Facultad de Educación y la Facultad de Formación del Profesorado de la Universidad de Extremadura

M.J. Antona Rodríguez<sup>1</sup>, B. León del Barco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. <sup>2</sup>Departamento de Psicología y Antropología. Facultad de Formación del Profesorado. Universidad de Extremadura.

## RESUMEN

**Objetivos:** describir las características del consumo de tabaco en estudiantes universitarios extremeños para analizar el estado actual de la cuestión en prevalencia de tabaquismo en nuestra Comunidad Autónoma en los futuros profesionales de la educación.

**Metodología:** la población incluida en el estudio lo constituyeron alumnos pertenecientes a la Facultad de Educación en Badajoz y a la Facultad de Formación del Profesorado de Cáceres. Se consideraron estratos las diversas especialidades educativas (Lenguas Extranjeras, Audición y Lenguaje, Educación Física, Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Especial, Educación Musical) incluyendo también Psicopedagogía y Educación Social para enriquecer la muestra. Rellenaron un cuestionario anónimo y autoadministrable.

**Resultados:** el número de alumnos que rellenaron el cuestionario fue de 335 (100%), de los cuales el 27,5% eran fumadores, 67,8% no fumadores y 4,8% ex-fumadores. Las diversas especialidades analizadas muestran los siguientes datos de prevalencia: la especialidad de Educación Especial consta del mayor número de alumnos fumadores un 38%, seguida por Educación Musical con un 37%. Los alumnos menos fumadores corresponden a la especialidad de Audición y Lenguaje con un porcentaje del 12,5%. El análisis de la prevalencia según el campus universitario muestra los siguientes datos correspondiendo el mayor porcentaje a Cáceres (33%), frente a Badajoz (24%). Respecto a la edad de inicio de consumo de tabaco, un 20% de los encuestados ha comenzado a fumar antes de los 13 años y un 45,4% consume entre 11-20 cig./día. Solamente un 3,8% de los encuestados han recibido ayuda médica y un 1,3% ayuda psicológica.

**Conclusiones:** los datos obtenidos revelan una importante cifra de prevalencia en los futuros educadores de nuestra región. La preva-

lencia de consumo en la mujer ha sido superior al hombre, dato extrapolable a la situación existente a nivel nacional. La edad de inicio del consumo de tabaco se sitúa en los 13 años, siendo un elevado porcentaje de alumnos los que han comenzado a fumar incluso antes, con un consumo diario de tabaco elevado. Respecto al abandono del consumo de tabaco la mayoría no han presentado ningún tipo de ayuda (médica ni psicológica).

**Palabras Clave:** Tabaquismo; Universitarios; Prevención.

## ABSTRACT

**Objectives:** To describe the characteristics of smoking habits in university students of Extremadura, in order to analyze the current situation regarding the prevalence of smoking in our Autonomic Community within the future education professionals.

**Methodology:** The population included in the study is constituted by students from the Faculty of Education in Badajoz and the School of Teacher Training of Cáceres. The study considered the various educational specialties (Foreign Language, Hearing and Language, physical education, early childhood education, elementary education, special education, and musician education) including educational psychology and social education to enrich the sample. They all completed an anonymous self-administered questionnaire.

**Results:** the number of students who completed the questionnaire were 335 (100%), of which 27.5% were smokers and nonsmokers 67.8% and 4.8% were ex-smokers. Regarding the various specialties analyzed, the data shows the following prevalence: the specialty of special education represents the highest level of students smoking 38%, followed by musical education with 37%. The students which are less smoking, are in specialty Hearing and Language with a percentage of 12.5%. Regarding the prevalence according to the university campus, the highest percentage corresponds to Cáceres (33%) compared to Badajoz (24%). Regarding the age in which consumption starts the 20% of respondents have started smoking before age 13th and 45.4% consume between 11-20 cigars per day. Only 3.8% of respondents had received medical assistance and a 1.3% psychological help.

*Correspondencia:* María José Antona Rodríguez. Servicio de Neumología. Hospital Infanta Cristina. C/ Jacinta García Hernández, 7, 6C. 06011 Badajoz. e-mail: cutantona@hotmail.com

*Recibido:* Octubre 2008. *Aceptado:* Diciembre 2008  
[Prev Tab 2008; 10(3): 125-130]

**Conclusions:** The data reveal an important figure of prevalence in future educators in our region. The prevalence of consumption in women was higher than men, and this data can be extrapolated to the existing situation at a national level. The age of starting smoking stands at 13 years being a high percentage of students those who started smoking even before, and with regard to daily consumption the figures are high. Regarding the abandonment of the consumption, the majority did not need any assistance (medical or psychological).

**KeyWords:** Smoking; Academics; Prevention.

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una forma de drogodependencia, considerado como enfermedad por el DSM IV y, en la actualidad, uno de los más importantes problemas que afectan a la salud pública. En nuestra sociedad industrializada el tabaquismo no sólo afecta a gran número de adultos, sino a jóvenes, e incluso niños que se inician en edades muy tempranas, derivándose de este problema, consecuencias sanitarias y económicas, y también elevados costes sociales<sup>1</sup>. El tabaquismo en los países industrializados, constituye la primera causa prevenible de muerte prematura, invalidez y enfermedad, de forma que ocasiona la muerte de forma directa o indirecta de al menos 3 millones de personas al año en todo el mundo (450.000 en los países de la Unión Europea y 50.000 en España)<sup>3</sup>. Los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 del Ministerio de Sanidad y Consumo muestran una prevalencia de un 29,9% en mayores de 16 años, datos que si los comparamos con años anteriores significan una menor prevalencia en el varón y un incremento en la mujer<sup>4,5</sup>.

El inicio del consumo de tabaco es cada vez más precoz e intenso, por ello debemos frenar la incorporación de los jóvenes al consumo de tabaco con medidas preventivas, considerando la escuela un lugar muy idóneo para realizar una prevención primaria, junto con el consejo sanitario impartido por el profesional en la práctica asistencial, sobre todo en Atención Primaria de Salud y Especializada<sup>12</sup>. Los hábitos de vida poco saludables se han relacionado con las principales enfermedades crónicas que afectan a la población actual<sup>24</sup>, se adquieren en las primeras etapas de la vida y son difíciles de modificar una vez establecidos. Es por ello, que cada vez se hace más necesario conocer las conductas y actitudes de los niños y personas de su entorno y el desarrollo de medidas preventivas que se llevan a cabo en la escuela<sup>22,23</sup>.

En 1987 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el establecimiento y vigilancia de las normativas sobre el tabaquismo en las escuelas como uno de los

ámbitos privilegiados en el desarrollo y formación de los jóvenes<sup>17</sup>. Años después, el director general de la OMS en el Día Mundial sin tabaco de 1998 y bajo el lema “Creando sin tabaco” expresó su preocupación afirmando: “*Hemos creado un ambiente en el que los jóvenes reciben mensajes contradictorios y confusos sobre el tabaco. Sin embargo, esperamos que tomen la decisión correcta para su propia salud y se abstengan de fumar. Es responsabilidad nuestra ayudar a los jóvenes a resistir las presiones que reciben para fumar...*”, reconociendo que: “*es más eficaz y rentable evitar que los niños y adolescentes se inicien en el tabaquismo que intentar posteriormente cambiar la actitud y la dependencia una vez instaurada en los jóvenes o en adultos fumadores*”.

La prevalencia y actitudes de jóvenes y adolescentes, sin duda, son de considerable importancia como indicadores de las tendencias futuras. Según el estudio de la OMS sobre estilos de vida relacionados con la salud en los escolares, en España los primeros contactos con el cigarrillo suelen darse entre los 11 y 15 años. En los últimos diez años, varios estudios han demostrado una elevada prevalencia del tabaquismo en la población escolar entre 10 y 15 años, observándose también un incremento del consumo entre adolescentes<sup>9</sup>. Por otro lado, algunos estudios afirman que la edad a la que comienzan a experimentar con el tabaco es cada vez más temprana<sup>11-16</sup>. Por todo ello, nos hemos planteado como objetivo conocer la prevalencia de tabaquismo en universitarios extremeños de la Facultad de Educación y Facultad de Formación del Profesorado, ya que consideramos importante el análisis del consumo de tabaco en universitarios, como demuestran múltiples investigaciones<sup>2,6,7,18,19,27-28,32</sup>.

## PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal, correspondiendo la población analizada a los estudiantes matriculados en tercer curso de la Facultad de Educación de Badajoz, tercer curso de la Facultad de Formación del Profesorado de Cáceres, de quinto curso de la Licenciatura de Psicopedagogía de Badajoz y tercer curso de la Diplomatura de Educación Social en Cáceres. A continuación realizamos una estimación de los diferentes sectores para que quedasen representadas las diferentes especialidades de las dos Facultades incluidas en el estudio que se convirtieron en los diversos estratos de la muestra, siendo el procedimiento utilizado el muestreo aleatorio estratificado, con fijación proporcional al número de alumnos matriculados, que nos garantiza la representatividad de los resulta-

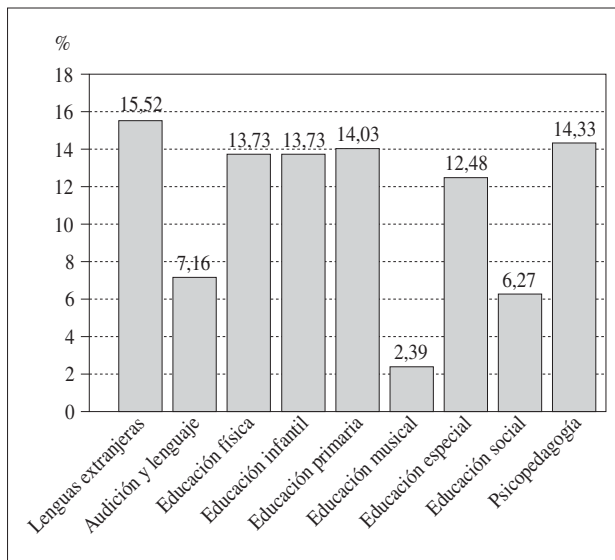


FIGURA 1. Porcentajes de sujetos según la especialidad.

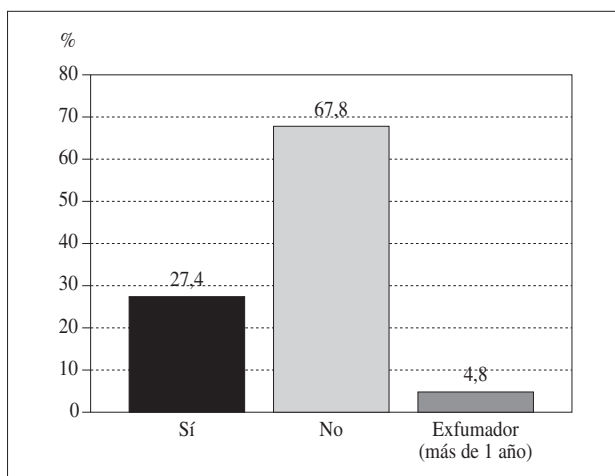


FIGURA 2. Prevalencia del tabaquismo.

dos. Al final la muestra estuvo constituida por 335 estudiantes, un 18,5% son varones y un 81,5% mujeres. La distribución de la muestra por especialidades se representa en la figura 1. Los universitarios rellenaron un cuestionario anónimo, autoadministrable y voluntario, habiendo previamente validado la encuesta. El cuestionario constaba de diez preguntas divididas en dos grupos. En primer lugar, un bloque de preguntas que valoraban datos sociodemográficos de los alumnos dentro de las que se incluyen: sexo, especialidad y por último, el campus universitario al que pertenecían (Cáceres o Badajoz). En segundo lugar, valoramos variables relacionadas con la prevalencia del tabaquismo: fumador/no fumador, edad de inicio, años de consumo, consumo diario de tabaco, dejar el consumo, nece-

Valores/indicadores	Tipo	Ítem cuestionario
Tabaquismo Sí No	Nominal	4
Edad de inicio 13 años > 13 años	Escala	5
Años de consumo No fuma < 1 año 1-3 años 4-7 años > 7 años	Escala	6
Consumo diario Menos de 10 10-20 > 20	Escala	7
Dejar el consumo Sí No	Nominal	8
Dejar consumo con ayuda Solo Ayuda médica Ayuda psicológica Otros	Escala	9
Abandono del consumo Sí No	Nominal	10

TABLA I. Variables de prevalencia del cuestionario.

sidad de ayuda para dejar el consumo y abandono del consumo (Tabla I). Los análisis estadísticos se realizaron con la aplicación del programa informático SPSS 13,0. Utilizamos pruebas de porcentaje y recuento, y en los análisis inferenciales realizados se ha empleado la prueba *chi cuadrado* ( $\chi^2$ ), utilizando un nivel de confianza del 95% y asumiendo un error del 5%.

## RESULTADOS

El estudio se realizó con 335 alumnos encuestados. Respecto a la prevalencia de tabaquismo (Fig. 2), los resultados fueron los siguientes: nunca habían fumado un 67,8% y un 27,4% eran fumadores. Si lo analizamos por género destaca el mayor porcentaje de mujeres fumadoras (29,3%) frente al de hombres (19,3%) (Tabla II). La prevalencia de tabaquismo según las diversas especialidades muestra los siguientes resultados (Fig. 3): los alumnos más fumadores son los de Educación Especial (44%), correspondiendo

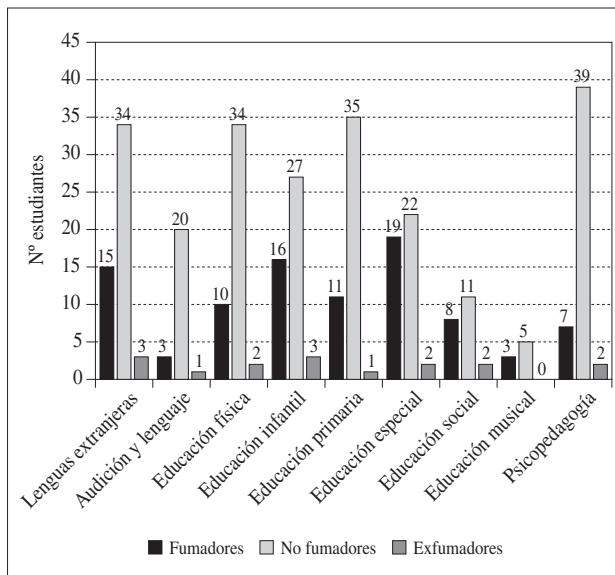


FIGURA 3. Prevalencia de tabaquismo según la especialidad.

el menor porcentaje a los de Audición y Lenguaje (12,5%), encontrándose diferencias en la prevalencia de consumo de tabaco entre las diversas especialidades.

Respecto a la “edad de inicio” de consumo de tabaco, un 20% de los encuestados ha comenzado a fumar antes de los trece años y un 80% comienza después de esa edad; sin embargo, no hemos encontrado diferencias en la variable “edad de inicio” según el sexo y la especialidad de los participantes. Sobre los “años de consumo tabáquico”, hemos obtenido los siguientes resultados (Fig. 4): el mayor porcentaje (18,1%) corresponde a los que llevan fumando entre 4 y 7 años, y el menor porcentaje (3,1%) a los que llevan fumando menos de un año; sin embargo, no encontramos diferencias en la variable “años de consumo” según el sexo y la especialidad de los participantes.

El análisis del “consumo diario de cigarrillos”, un 48,5% consume menos de 10 cig./día, y el 45,6% consume entre 11-20 cig./día, siendo el menor porcentaje (5,2%) el de los encuestados que fuman más de 20 cig./día, no encontramos diferencias significativas según sexo y especialidad.

Otro dato de prevalencia estudiado ha sido el “abandono de consumo de tabaco”, en este caso el porcentaje de alumnos que sí se han planteado el abandono del consumo es del 72,5%, frente a un 27,5% que no se han planteado dejar de fumar. La mayoría de los fumadores encuestados (94,9%) no han tenido ninguna ayuda, solamente el 3,8% ha recibido ayuda médica y un 1,3% ha recibido ayuda psicológica.

Por último analizamos la variable “éxito al dejar de fumar”, los datos muestran cómo un 64,8% no ha conse-

Sexo	Fumador	No fumador	Ex-fumador	Total
Hombre	12	50	0	62
Mujer	80	177	16	273
Total	92	227	16	335

TABLA II. Prevalencia de tabaquismo.

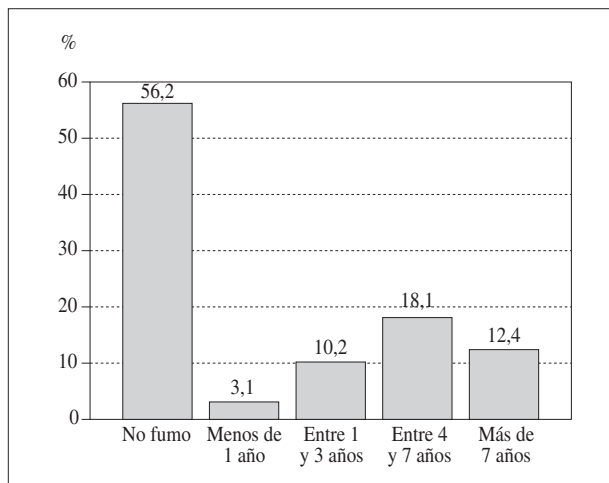


FIGURA 4. Porcentajes de sujetos según años de consumo tabáquico.

guido dejar de fumar, frente a un 35,2% que sí ha conseguido dejar la adicción al tabaco.

## DISCUSIÓN

En España, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006, la prevalencia del tabaquismo en la población mayor de 16 años fue de un 29,9%<sup>4</sup>, siendo inferiores a los datos arrojados por la ENS de 1987<sup>20</sup>. Los patrones de consumo según grupos de edad y género muestran como ha disminuido en el hombre (55% a 35,8%) y han aumentado en la mujer (23% a 24,3%)<sup>20</sup>. En nuestros encuestados el porcentaje de fumadores es ligeramente inferior a la media nacional, siendo de un 27,4%; sin embargo, existe un elevado porcentaje de consumo en la mujer (29,3%), dato que se relaciona con la situación existente a nivel nacional y que se demuestra también en múltiples estudios cómo se está incrementando el consumo de tabaco en la mujer<sup>5,8,10,12,21,31,33</sup>. El análisis del consumo de tabaco en universitarios nos resulta significativo, hecho que ha quedado ya demostrado en múltiples investigaciones<sup>2,18,19,27-28,32,67</sup>. Actualmente los universitarios extremeños presentan una media de consumo alta, generando un

importante problema de salud pública el alto grado de adicción y la gran dificultad que conlleva la deshabituación tabáquica, por lo que hemos considerado objeto de nuestro estudio a los futuros formadores de la Comunidad Autónoma de Extremadura, ya que consideramos muy importante su actitud modélica pues es, sin duda, la educación la gran posibilidad de cambio que tiene la sociedad para modificar hábitos, actitudes y modelos no saludables.

El objetivo de nuestro estudio era realizar un análisis de la prevalencia de consumo de tabaco en los futuros profesionales de la educación en nuestra Comunidad Autónoma, ya que se ha demostrado suficientemente la eficacia de los Programas preventivos en los centros escolares<sup>23-26</sup>, desde la información sobre los efectos perjudiciales derivados del consumo de tabaco, al refuerzo de la capacidad de los escolares para evitar este. Respecto a la prevalencia del tabaquismo en los encuestados hemos obtenido un elevado porcentaje de fumadores (27,5%), siendo superior el tabaquismo en la mujer (29,3%). Si lo comparamos con los datos de la última ENS de 2006, los datos de prevalencia son superiores 29,9%, pero en el caso de la mujer la prevalencia nacional es inferior a nuestro estudio (24,3%)<sup>4</sup>. Si comparamos nuestros resultados con estudiantes universitarios extremeños de Medicina en nuestra Comunidad Autónoma encontramos diferencias<sup>2</sup>, pues presentan una prevalencia del 17,4%. Existen también diferencias en el "consumo diario" respecto a los universitarios de Medicina, siendo un 2,4% los que fuman más de 20 cig./día (5,2%), 31% entre 11-20 (45,4%) y menos de 10 cig./día un 66% (48,5%), datos que reflejan como en nuestra población analizada los porcentajes de consumo son más elevados, considerando relevante la presencia de la asignatura de tabaquismo impartida en la Facultad de Medicina como posible mediador de cambios en los universitarios, así como la escasa información/formación de los estudiantes de magisterio. La edad de inicio también difiere, siendo la edad media de inicio más alta (16,7 años) en estudiantes de Medicina. En nuestro estudio un 72% estaría dispuesto a dejar de fumar, frente al 81,4% que lo estaría entre los estudiantes de Medicina. El análisis de la prevalencia por especialidades, hemos obtenido diferencias siendo los alumnos que más fuman los de Educación Especial (44%), frente a los de Audición y Lenguaje (12,5%), que han resultado los menos fumadores/día. Nos parece importante significar que los futuros profesionales sanitarios y de la educación, han de conocer su papel modélico como promotores de salud y por tanto aceptar su papel de no fumador. En definitiva, el rol del profesional sanitario y del profesor y su sensibilidad hacia determinados temas y en particular hacia el tabaquismo, influye de manera directa en sus alumnos. Por otra

parte, si la percepción y el concepto que el docente tiene del alumno/a es un elemento determinante en el proceso educativo, el éxito de que el alumnado de un determinado profesor no fume va a depender también de la actuación del profesor, y ésta estará muy influida por sus actitudes. Por eso es importante conocer las actitudes de los alumnos de Medicina y Magisterio respecto al tabaquismo, ya que serán determinantes en su vida futura hacia su rechazo<sup>29</sup>. La formación del profesorado debe ser objeto de preocupación especial, pues, sin duda, es responsable de la formación de la futura ciudadanía, a la que deberá no sólo formar en contenidos concretos específicos, sino también intervenir en aspectos de su educación no formal referente a la conservación de la salud<sup>30</sup>.

Como conclusión, destacamos que el consumo de tabaco en los universitarios estudiados es similar a la media nacional, existiendo un incremento de consumo en la mujer. Consideramos que los futuros profesionales de la educación deben ser modelos sociales, pues su actitud es fundamental y debe ser ejemplarizante para la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thun MJ, Da Costa JL. Introduction and overview of global tobacco surveillance. En: Tobacco Control Country Profiles. Shaley O, Dolwick S, O'Nindor GE eds. 2ª ed. The 12th World Conference on tobacco or Health 2003.
2. Mateos Caballero L, Antona Rodríguez MJ, Gutiérrez Lara JA, García de Vinuesa G, Rodríguez Blanco I, Gómez Vizcaíno MT, et al. Tabaquismo en los estudiantes de Medicina de Extremadura. *Neumosur*. 2005; 1: 89-122.
3. Banegas JR, Díez-Gañán L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin*. 2005; 124: 769-71.
4. Encuesta Nacional de Salud de España de 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadística/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
5. García Salavera A, Pérez Trullén A, Rubio Aranda E, Herrero Labarga I, Gombáu Aznar E, Buil Tricas B. Prevalencia y conocimientos de tabaquismo en estudiantes de Ciencias de la Salud, de la Educación y Estudios Sociales. *Prev Tab*. 2007; 9: 57-63.
6. Cadavid Rodríguez BE, Fernández de Rota L, Linde F, Fernández Aguirre C, Velasco JL, de Luiz G, et al. Tabaquismo en universitarios. *Neumosur*. 2006; 18: 30-56.
7. Heath J, Kelley FJ, Andrews J, Crowell N, Corelli RL, Hudmon KS. Evaluation of a tobacco cessation curricular intervention among acute nurse practitioner faculty members. *Am J Crit Care*. 2007; 16. 3: 284-9.
8. Villalbí JR, Vives R, Nebot M, Díez E, Ballestín M. El tabaquismo y los escolares: contexto, opiniones y comportamiento. *Med Clin (Barc)*. 1998; 110: 579-81.

9. Gómez FJ, Iriarte L, Lafuente PJ, Oteiza O, Sáenz G. Estudio de consumo de tabaco en una población escolar de Vitoria-Gasteiz. *Centro de Salud* 1994; 473-8.
10. Suárez RG, Galván C, Oliva C, Doménech E, Barroso F. Prevalencia del tabaquismo en el adolescente. Relación con otros hábitos tóxicos. *An Esp Ped.* 1998, supl. 110; 41-6.
11. Camping M, Gasch J, Hereu P. Consumo y actitudes de los adolescentes frente sustancias adictivas: encuesta de prevalencia. *An Esp Ped.* 1996; 45: 475-8.
12. Barrueco M, Cordobilla R, Hernández Mezquita MA. Diferencias entre sexos en la experimentación y consumo de tabaco por niños, adolescentes y jóvenes. *Arch Bronconeumol.* 1998; 34: 199-203.
13. Álvarez FJ, Vellisco E, Calderón E, Sánchez J, Del castillo D, Vargas R, et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campaña de prevención del tabaquismo 1998-1999). *Arch Bronconeumol.* 2000; 36: 118-23.
14. Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares en la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Aten Primaria.* 1999; 32: 326-31.
15. Pérula LA, Ruiz R, Nora N, Mengual P, Rodríguez FC, Espejo J. Consumo de tabaco en la población escolar. Factores relacionados. *Gac Sanit.* 1998; 12; 249-53.
16. Martín Moreno JM. Desde la evidencia en salud pública a la acción. La importancia del trabajo en equipo para el éxito del plan nacional de prevención y control del tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública.* 2003; 77: 437-40.
17. World Health Organization. Legislative strategies for a smoke-free. Europe. Copenhagen. WHO 1987. <http://www.who.int/en/>.
18. Jodati AR, Shakurie SK, Nazari M, Raufie MB. Student's attitudes and practices towards drug and alcohol use at University of Medical Sciences. *Am J Crit Care.* 2007; 13: 967-71.
19. Spiandorello WP, Filippini LZ, Dal Pizzol A, Kreische F. Evaluation of the limited participation by university students in a smoking cessation program. *J Bras Pneumol.* 2007; 33: 69-75.
20. Encuesta Nacional de Salud de España de 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
21. Ayesta FJ, De la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día la mujeres? *Prev Tab.* 2001; 3: 155-60.
22. Pérez Trullen A, Ruiz C, Gómez R, Herrero I. Grado de conocimiento que tienen los adolescentes de las consecuencias del consumo de tabaco. Libro resumen de ponencias y comunicaciones (V Simposium Internacional sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) Barcelona, 1996. p. 164.
23. Barrueco M, Vicente M, Garavis JL, Blanco A, Rodríguez MC. Prevención del tabaquismo en la escuela: resultados de un programa realizado durante tres años. *Arch Bronconeumol.* 1988; 34: 323-8.
24. De la Cruz Amorós E, Truells Hernández JV, Monferrer Fabrega R y el grupo de SEDET. Educación sanitaria como instrumento útil en la disminución del consumo de tabaco en los adolescentes. *Prev Tab.* 2001; 3: 5-12.
25. Ellickson PL, Bell RM, Mcguiran MS. Preventing adolescents drug use; long term results of a junior high program. *Am J Public Health.* 1993; 83: 856-61.
26. Soria Esojo MC, Velasco Garrido JL, Hidalgo Sanjuán MV, de Luiz Martínez G, Fernández Aguirre C, Rosales Jaldo M. Intervención sobre tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41: 654-8.
27. Montero MA, Gómez CJ, López JA, Linares E, Pinel MD, Maldonado JA. Estudio comparativo entre médicos y estudiantes de medicina. *Prev Tab.* 2001; 3: 224-31.
28. Simon Morton B, Crump AD, Haynie DL, Taylor KE. Psychological, school and parents factors associated with smoking in university students. *Prev Med.* 1999; 28: 138-48.
29. Stephoe A, Wardle J, Cui W, Barban A, Glass K, Pelzer K, et al. An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction.* 2002; 97: 1561-71.
30. Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Marrón Tundidor R. Intervención antitabáquica del médico en la escuela: dilema entre voluntariado versus gabinete técnico. *Prev Tab.* 2001; 3: 86-93.
31. Casas Anguita J, Lorenzo Martínez S, López Lizana JP. Tabaquismo, factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. *Med Clin (Barc).* 1996; 107:706-10.
32. Sánchez Villegas A, Martínez MA, Ortega R, Adrián X, Guerra F. Resumen del consumo de tabaco en titulados universitarios. Proyecto SUN seguimiento Universidad de Navarra. *Gac Sanit.* 2004; 18:108-17.
33. Pardell H, Salto E, Treserras H, Junca S, Fernández E, Vicente R et al. La evolución del consumo de tabaco en Cataluña, 1982-1994. *Med Clin (Barc).* 1997; 109: 125-9.

# Perfil pre-intervención según el hábito tabáquico de los trabajadores de Correos tras la Ley 28/2005

M.T. Vicente Herrero<sup>1</sup>, A.A. López González<sup>2</sup>, P. Pont Martínez<sup>3</sup>, C. Santamaría Navarro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Área de Salud Laboral. Correos. Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Prevención de GESMA. Palma de Mallorca. <sup>3</sup>Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Valencia. <sup>4</sup>Instituto de Matemática Multidisciplinar. Universidad Politécnica de Valencia.

## RESUMEN

**Objetivos:** Conocer el perfil pre-intervención de nuestros trabajadores en función del hábito tabáquico, desde las unidades básicas de salud laboral. Establecer las posibles diferencias entre los grupos por: edad, sexo, colectivo laboral de pertenencia, historial tabáquico previo y hábitos de consumo.

**Material y métodos:** Se administró un cuestionario elaborado "ad hoc" a 1.432 trabajadores de Correos en 5 provincias españolas. La captación fue durante los exámenes periódicos de salud realizados en la empresa. La participación fue anónima y voluntaria con consentimiento escrito previo para la utilización estadística de los datos, que fueron analizados con el programa SPSS v 14.

**Resultados:** Perfil de fumador activo diario (FAD), fumador activo ocasional (FAO), ex-fumador (EF) y comparativa entre fumadores activos (diarios y ocasionales) y ex-fumadores. Edad de inicio-años 18,47 para el fumador activo diario (FAD), 19,30 para el fumador activo ocasional (FAO) y 17,86 para el ex-fumador (EF). Años-promedio de fumador 25,32 (FAD); 4,6 (FO); 18,93 (EF), número de cigarrillos/día 14,49 (FAD); 2,30 (FO); 16,73 (EF). Paquetes/año 18,93 (FAD); 0,5 (FO); 17,27 (EF), fuma el primer cigarrillo después de 30 min. El 54,9% (FAD); 90,5% (FAO), creen posible seguir fumando dentro de 5 años el 45,2% (FAD); 40% (FAO), intentos previos abandono 2,87 (FAD); 2,98 (FAO); 2,19 (EF). No han sentido apoyo en el trabajo 60,1% (FAD); 54,2% (FAO). Preocupación salud propia 27% (FAD); 25,7% (FAO). Preocupación e salud ajena 23,3% (FAD); 24,8% (FO). Piensa dejar de fumar en un plazo de 7-24 meses 58,5% (FAD); 44,1% (FAO).

**Conclusiones:** Existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil personal de nuestros trabajadores en relación con el tabaquismo: en edad, en la cantidad de cigarrillos que fuman, en el consumo de paquetes/año y en los años de fumador.

**Palabras Clave:** Prevalencia tabaquismo; Deshabitación tabáquica; Tabaquismo laboral.

## ABSTRACT

**Objectives:** To find out about the prevailing tobacco habit and nicotine poisoning among our employees, active pre-control from the labour health basic units. To found out the possible differences among the groups according to: age, male/female, labour group, historical tobacco habit and consumption habit.

**Patients and methods:** A suitable elaborated questionnaire was carried out to 1432 workers of our company made in 5 Spanish provinces during their regular health controls. Anonymous and voluntary participation, with previous consent to use the statistical data information. The information obtained was analyzed with the program SPSS v 14.

**Results:** Comparative features active smoker (FAD), occasional smoker (FAO), ex-smoker (EF). Starting at the age of 18,47 (FAD); 19,30 (FAO); 17,86 (EF) years. Average smoker age 25,32 (FAD); 4,6 (FAO); 18,93 (EF) years. 14,49 (FAD); 2,30 (FAO); 16,73 (EF) cigarettes per day. 18,93 (FAD); 0,5 (FAO); 17,27 (EF) packets per year. First cigarette after 30 min. 54,9% (FAD); 90,5% (FAO). Possibility of smoking in 5 years 45,2%(FAD); 40% (FAO). Intention to smoke after giving up 2,87(FAD); 2,98(FAO); 2,19(EF). No help at work 60,1% (FAD); 54,2%(FAO). Concerned by own health 27% (FAD); 25,7% (FAO). Concerned by else's health 23,3% (FAD); 24,8 (FAO). Thinking in giving up smoking in 7-24 months 58,5% (FAD); 44,1% (FAO).

**Conclusions:** There are significant statistical differences in our employee's personal profile regarding the tobacco habit: differences in age, number of cigarettes they smoke, consumption of packets per year and smoking years.

**Key words:** Tobacco; Workplace; Occupational health; Smoking cessation; Tobacco prevalence.

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo, ha sido tradicionalmente, un problema prioritario de salud dentro de la medicina del trabajo<sup>1,2</sup> y sigue siéndolo en el momento actual, aunque ha adquirido un nuevo enfoque más intervencionista, tras la entrada en vigor de la Ley del Tabaco 28/2005 y su prohibición de consumo en lugares de trabajo<sup>3</sup>. Igualmente, la infor-

Correspondencia: Dra. M<sup>a</sup> Teófila Vicente Herrero. Área de Salud Laboral - Correos. Plaza del Ayuntamiento, 24-2<sup>o</sup>. 46002 Valencia. e-mail: teofila.vicente@correos.es

Recibido: Septiembre 2008. Aceptado: Diciembre 2008  
[Prev Tab 2008; 10(3): 131-139]

mación sobre el consumo de tabaco está incluida en una buena parte de los protocolos de vigilancia de la salud y en la historia clínico-laboral del trabajador<sup>4</sup>.

Se considera también un problema de salud pública por su elevada morbi-mortalidad asociada tanto de forma directa como indirecta<sup>5</sup>. La labor del médico del trabajo se basa actualmente, tras la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) 31/95<sup>6</sup>, en una variedad de funciones que tienen como base las actuaciones preventivas; de promoción y de vigilancia periódica de la salud de los trabajadores; labores de formación, información, investigación y de gestión, en las que es fundamental el estudio de los factores de riesgo laboral individuales y de lugares de trabajo, el seguimiento de las actuaciones y la intervención para la consecución de hábitos de vida saludables, en las que entra de forma directa la incorporación del hábito tabáquico en cualquiera de los planteamientos preventivos.

El tabaquismo se considera una enfermedad crónica con un alto nivel de recaídas, lo que implica la necesidad de un abordaje coordinado desde todos los niveles sanitarios: Atención Primaria, Atención Especializada y por supuesto desde la Medicina del Trabajo, en la que se aplican protocolos específicos con intervenciones adaptadas tanto a las situaciones individuales, como al ambiente colectivo en el que el trabajador fumador se encuentra incorporado, y que van desde la intervención farmacológica a las de tipo cognitivo conductual.

Aunque la entrada en vigor de la Ley 28/2005, ha supuesto, por una parte, la reducción del consumo de tabaco en la población general en alrededor de un 10%<sup>7</sup> y, por otra, la disminución de la concentración de nicotina ambiental medida en lugares de trabajo<sup>8</sup>, la prevalencia de tabaquismo sigue siendo muy elevada en el momento actual tanto en la población general<sup>9</sup>, como, especialmente, en la población laboral activa.

En la actualidad existen unidades de tabaquismo exclusivas para uso de los trabajadores, incorporadas en gran cantidad de empresas y se han elaborado guías para el manejo del tabaquismo en las empresas, con el apoyo de las comunidades autónomas o de organismos sanitarios centrales, como el Ministerio de Sanidad<sup>10,11</sup>. Se pretenden así, realizar intervenciones para reducir las consecuencias del consumo de tabaco sobre la salud, intentando reducir la morbi-mortalidad entre la población laboral activa fumadora y no fumadora. Por otra parte, siguiendo un criterio más economicista, se busca una rentabilidad personal, social y laboral a corto plazo, así como evitar un riesgo laboral evidente. Se trata, en definitiva, de proporcionar apoyo y ayuda al trabajador que manifiesta su deseo de abandonar el tabaco y de proteger la salud del fumador pasivo.

El objetivo de nuestro trabajo es describir el perfil pre-intervención de nuestra población laboral en cuanto al hábito tabáquico tanto de fumadores habituales diarios u ocasionales, como de no fumadores o ex-fumadores, de cara a tener una base de actuación posterior y unos criterios guiados de aplicación en la posterior intervención a través de actuaciones individuales o colectivas en las unidades de deshabituación en tabaquismo en la empresa y dentro de las unidades básicas de salud laboral.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo observacional y transversal, en una población diana de trabajadores de Correos. En las cinco provincias participantes (Cádiz, Girona, Madrid, Castellón y Valencia) se utilizó una encuesta dirigida al personal de Correos que había solicitado previamente reconocimiento periódico de vigilancia de la salud en nuestra empresa durante la campaña 2006-2007. Dicha encuesta, ya validada para su utilización en la red europea de hospitales sin humo, y disponible en español, que fue adaptada por nosotros únicamente en cuanto a los puestos de trabajo específicos de nuestra empresa, diferentes de los hospitalarios y se encuentra a disposición de los lectores que nos la soliciten. También puede consultarse en su formato original completo<sup>12</sup>, dirigida al ámbito hospitalario, redactada originalmente en francés y en inglés para su validación, y después traducida al finlandés, al portugués, y, en 2003, al español.

La muestra de trabajadores participantes en el estudio es representativo de nuestra población laboral, con una edad media de 45,7 años los hombres y de 43,8 las mujeres, cifras que coinciden con la de los participantes en el estudio. También son coincidentes las cifras de participación de hombres y mujeres en el estudio con el reparto por sexos en nuestra empresa en la que el 55,7 son hombres y el 54,3 son mujeres.

La recogida de los datos fue entre marzo de 2006 y junio de 2007 (por tanto, siempre posterior a la entrada en vigor de la Ley 28/2005 en enero de 2006). La participación de los trabajadores fue voluntaria y anónima. Se solicitó el consentimiento por escrito al personal trabajador para la explotación epidemiológica y posterior publicación de los resultados obtenidos, y se informó a los comités provinciales de seguridad y salud tanto al comienzo del estudio como de los resultados finales del mismo, tal como nos marca la Ley de Prevención de Riesgos Laborales<sup>6</sup> y el Reglamento de los Servicios de Prevención<sup>13,14</sup>.

La encuesta fue autocumplimentada durante el tiempo de espera previo al reconocimiento y supervisada poste-

	Opciones de respuesta	Nº de sujetos por grupo válido	% sobre el total	Media de edad
<b>Edad</b>	20-35 años	198	13,7%	44,09 años Desviación típica 7,980
	36-50 años	914	63,1%	
	51- 65 años	337	23,3%	
<b>Sexo</b>	Hombre	802	56%	
	Mujer	630	44%	
<b>Colectivo laboral</b>	Cuerpo superior	6	0,4%	
	Cuerpo de gestión	12	0,8%	
	Cuerpo ejecutivo	195	13,7%	
	Oficiales postales	101	7,1%	
	Carteros	1.029	72,2%	
	Ayudantes postales	82	5,8%	
<b>Hábito tabáquico</b>	Fuma diariamente	378	25,9%	
	Fuma ocasionalmente	76	5,2%	
	Nunca fumador	570	39,1%	
	ex-fumador	433	29,7%	

TABLA I. Características de la población laboral encuestada.

riormente por el médico del trabajo al iniciar la consulta.

Entre las variables personales utilizadas para el presente análisis hemos incluido la edad, el sexo y la categoría profesional en cinco niveles jerárquicos, de mayor a menor cualificación en la empresa (Superior, Gestión, Ejecutivo, Oficial Postal, Cartero y Ayudante Postal).

Se ha considerado también el hábito tabáquico del encuestado a partir de las cuatro categorías generales que definía la pregunta “¿Actualmente, usted fuma?”, con las opciones cerradas de respuesta “Sí, fumo diariamente”. “Sí, fumo ocasionalmente”. “No, no he fumado nunca” y “No, soy un ex-fumador”. Tiempo de consumo previo. Cantidad de cigarrillos/día y paquetes/año consumidos. Edad de comienzo. Edad de abandono. Intentos previos de abandono del tabaco. Tiempo hasta que se consume el primer cigarrillo. Expectativas de abandono. Apoyo recibido desde el trabajo. Preocupación por los efectos sobre la salud personal y ajena del tabaco. Intención concreta o fecha específica de posible abandono del tabaco.

Los resultados obtenidos se analizaron según el procedimiento estadístico de análisis descriptivo, donde los resultados se expresan como la media para variables cuantitativas y con proporciones para las variables cualitativas. En la comparación de medias se utilizó la prueba de la t de Student-Fisher, aplicándose la prueba no paramétrica correspondiente (test U de Mann-Whitney) en caso de no cumplirse el principio de normalidad. En la comparación de proporciones se utilizó la prueba de Pearson. En todos los

cálculos se aceptó como nivel de significación un valor de p inferior a 0,05. El análisis estadístico ha sido realizado con el programa SPSS v.14

## RESULTADOS

La plantilla total de trabajadores en las cinco provincias participantes en el momento del estudio se estimó en 5.650 personas, incluyendo tanto a personal funcionario como laboral con contratos fijos o en situación de laboral eventual. De este total de trabajadores solicitaron de forma voluntaria el reconocimiento de vigilancia periódica de la salud 1.680 (29,7%) y de éstos completaron la encuesta 1.432 personas (85,2% de los que acudieron a los reconocimientos periódicos de vigilancia de la salud).

Este tamaño muestral nos permite obtener una seguridad del 99% y una precisión del 1% en los resultados.

El 56% de los encuestados son hombres y el 44% mujeres. La media de edad ( $\pm$  desviación típica) es respectivamente de 45 años ( $\pm$  8,2) y 43 años ( $\pm$  7,6). El colectivo profesional más representado es el de auxiliares de clasificación y reparto (carteros), con el 72%. Este es también el colectivo mayoritario en nuestra empresa. El 31% de los encuestados han fumado y el 30% se declaran ex-fumadores (Tabla I).

La mayor prevalencia de fumadores actuales se encuentra en los grupos de edad de 20-35 años y 36-50 años. No

		Fuma diariamente N (%)	Fuma ocasionalmente N (%)	Nunca fuma N (%)	Ex-fumador N (%)	p*
<b>Sexo</b>	Hombre	212 (26)	35 (4)	301 (38)	254 (32)	0,101
	Mujer	156 (25)	39 (6)	262 (42)	173 (28)	
<b>Edad</b>	20-35 años	58 (29)	9 (22)	103 (52)	28 (14)	< 0,001
	36-50 años	255 (28)	49 (65)	321 (35)	289 (32)	
	51-65 años	62 (18,4)	17 (23)	143 (42)	115 (34)	
<b>Centro de trabajo</b>	Cádiz	23 (24)	1 (1)	35 (37)	37 (39)	0,072
	Castellón	48 (25)	8 (4)	85 (44)	51 (27)	
	Gerona	60 (24)	15 (6)	113 (45)	62 (25)	
	Madrid	24 (26)	6 (6)	42 (45)	22 (23)	
	Valencia	223 (27)	46 (6)	295 (36)	261 (32)	
<b>Categoría profesional</b>	Superior	5 (83)	0 (0)	0 (0)	1 (17)	0,014
	Gestión	4 (33)	1 (8)	1 (8)	6 (50)	
	Ejecutivo	46 (24)	8 (4)	78 (40)	63 (32)	
	Oficial postal	28 (8)	3 (3)	35 (35)	35 (35)	
	Cartero	261 (25)	55 (5)	404 (39)	309 (30)	
	Ayudante postal	25 (31)	7 (9)	38 (46)	12 (15)	

\* Valor de p para la prueba de Chi cuadrado de Pearson

TABLA II. Relaciones entre el hábito tabáquico de los trabajadores y distintos factores socio-laborales.

Variable	Fumador activo diario Media e (IC 95%)	Fumador activo ocasional Media e (IC 95%)	Ex-fumador Media e (IC 95%)
Edad de inicio (años)	18,5 (18,2-18,7)	19,3 (18,7-19,9)	17,9 (17,7-18)
Edad finalización (años)			35,8 (35,4-36,2)
Años de fumador	25,3 (24,9-25,8)	4,6 (3,4-5,7)	18,9 (18,5-19,4)
Cigarrillos/día (n*)	14,5 (14-15)	2,30 (1,9-2,7)	16,7 (16,2-17,3)
Paquetes/año (n*)	18,9 (18,1-19,7)	0,5 (0,4-0,6)	17,3 (16,5-18,1)
Abandonos previos (n*)	2,9 (2,7-3,1)	3 (2,4-3,5)	2,2 (1,9-2,5)

IC = intervalo de confianza. n\* = número de sujetos por grupo. % = porcentaje sobre el total.

TABLA III. Perfil de los trabajadores en función de su hábito tabáquico.

se observan diferencias en el hábito tabáquico entre las provincias participantes ni entre hombres y mujeres, aunque sí por categoría profesional y por grupos de edad (Tabla II). Se observa una mayor proporción de fumadores tanto en los grupos más cualificados o con puestos más sedentarios (cuerpo superior y de gestión), como en el grupo de personal menos cualificado o con puestos de mayor manipulación de cargas (ayudantes postales) (Tabla II) (Figs 1, 2 y 3).

#### Perfil del trabajador fumador activo diario (Tablas III y IV)

Inicio precoz en el hábito tabáquico (18,47 años), larga trayectoria de fumador (25,32 años). Consumo medio en

cigarrillos diarios 14,49, paquetes/año 18,93. Tardan en fumar el primer cigarrillo más de 30 minutos el 54,9% y menos de 30 minutos el 45,1%. El 45,2% no sabe si dentro de 5 años seguirá fumando, el 65,6% ya ha intentado previamente dejar de fumar, con un promedio de abandono del tabaco de 2,87 intentos previos. El 60,1% considera no haber recibido apoyo desde el centro de trabajo para dejar de fumar. Al 27% le preocupa mucho el efecto sobre la propia salud y al 35,5% bastante. Al 23,3% les preocupa mucho el efecto del tabaco sobre la salud ajena y al 40,9% bastante. Están en fase de precontemplación el 58,5%, que piensa dejar de fumar en un plazo de 7-24 meses, aunque el 61,6% no se plantea una fecha concreta para dejar de fumar.

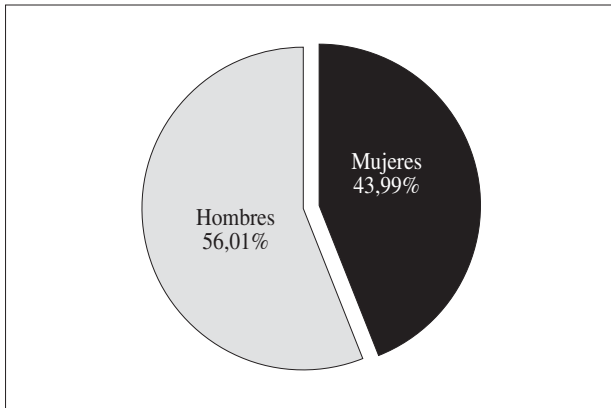


FIGURA 1. Distribución de los trabajadores por sexos.

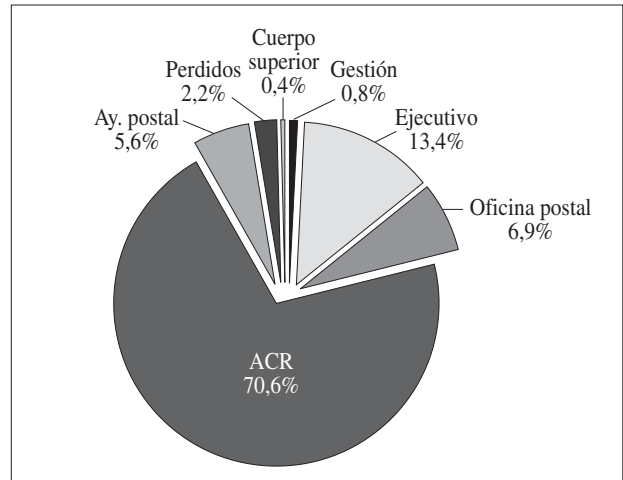


FIGURA 2. Distribución de los trabajadores según grupo laboral de origen.

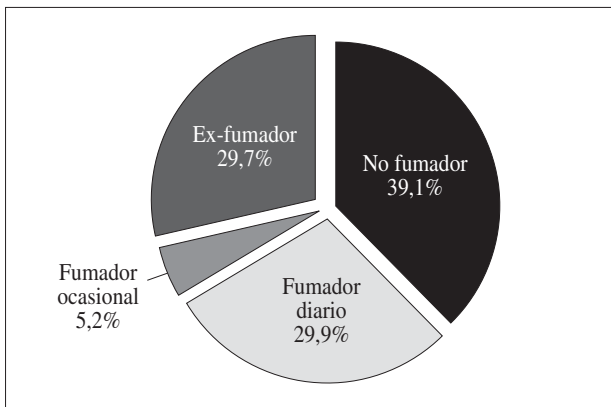


FIGURA 3. Distribución de los trabajadores por hábito tabáquico.

media de cigarrillos/día de 16,73 y un total de 17,27 paquetes/año.

### DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE FUMADORES (DIARIOS Y OCASIONALES) Y EX-FUMADORES EN NUESTRA EMPRESA (Tabla V)

En cuanto a la edad, son mas jóvenes los fumadores que los ex-fumadores ( $p < 0,001$ ). En las diferencias por sexo, no hay relación estadísticamente significativa de variaciones en los dos grupos ( $p > 0,05$ ). En cuanto al grupo laboral al que pertenecen, no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con relación a su colectivo laboral de origen ( $p = 0,05$ ). En la cantidad de cigarrillos que fuman, existía un mayor consumo de cigarrillos/día entre los ex-fumadores que entre los fumadores en activo ( $p = 0,008$ ). Los ex-fumadores comenzaron más jóvenes con el hábito tabáquico que los actuales fumadores en activo, aunque las diferencias entre ambos grupos no son estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Existe un mayor consumo de paquetes/año en los fumadores en activo que entre los ex-fumadores ( $p < 0,05$ ). En cuanto a los años de fumador, son mayores en los fumadores en activo que entre los ex-fumadores ( $p < 0,05$ ).

#### Perfil del trabajador fumador activo ocasional (Tablas III y IV)

Edad de inicio al tabaquismo a los 19,30 años; tardan en fumar el primer cigarrillo más de 60 min. el 90,5% y más de 30 minutos el 98,8%. El 40% no sabe si dentro de 5 años seguirá fumando. El 36% cree que no fumará dentro de 5 años. El 67,6% ya ha intentado previamente alguna vez dejar de fumar, con un promedio de intentos de abandono del tabaco de 2,98. El 54,2% considera no haber recibido apoyo desde el centro de trabajo para dejar de fumar. Al 25,7% le preocupa mucho el efecto del tabaco sobre su salud y al 30% bastante. Están en fase de precontemplación el 44,1% que piensa en dejar de fumar en un plazo de 7-24 meses, aunque el 60,9% no se plantea una fecha concreta para dejar de fumar.

#### Perfil del trabajador ex-fumador (Tablas III y IV)

Edad de inicio al tabaquismo a los 17,86 años, edad de finalización del hábito de fumar a los 35,78 años, 18,93 años de fumador, con 2,19 intentos previos de abandono del tabaco antes del abandono definitivo. Fumaban una

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La población de Correos, al ser la mayor empresa estatal, constituye en el momento actual la más numerosa en

Variable	Fumador activo diario N (%)	Fumador activo ocasional N (%)
<b>Fuma el primer cigarrillo</b>		
Antes de 30 minutos	165 (45,1%)	2 (3,2%)
Después de 30 minutos	201 (54,9%)	61 (92,8%)
<b>¿Cree que fumará dentro de 5 años?</b>		
Sí, con toda seguridad	15 (4%)	0
Sí, probablemente	67 (17,8%)	10 (13,3%)
No, probablemente no	103 (27,4%)	27 (36%)
No, con toda seguridad	21 (5,6%)	8 (10,7%)
No lo sé	170 (45,2%)	30 (40%)
<b>Intentos previos de abandono (%)</b>		
Sí	233 (65,6%)	48 (67,6%)
No	122 (34,4%)	23 (32,4%)
<b>Apoyo laboral</b>		
Sí	18 (6,6%)	5 (10,4%)
No me interesa	29 (10,6%)	8 (16,7%)
No esta accesible	62 (22,7%)	9 (18,8%)
En absoluto	164 (60,1%)	26 (54,2%)
<b>Preocupación efecto sobre la propia salud</b>		
Mucho	98 (27,0%)	18 (25,7%)
Bastante	129 (35,5%)	21 (30%)
No demasiado	130 (35,8%)	26 (37,1%)
En absoluto	6 (1,7%)	5 (7,1%)
<b>Preocupación sobre el efecto de la salud ajena</b>		
Mucho	99 (27,3%)	18 (25,7%)
Bastante	148 (40,9%)	21 (30%)
No demasiado	98 (27,1%)	26 (37,1%)
En absoluto	17 (4,7%)	5 (7,1%)
<b>¿Piensa dejar de fumar?</b>		
Sí	27 (13,0%)	7 (20,6%)
De aquí a un mes	17 (8,2%)	3 (8,8%)
De aquí a unos 3-6 meses	11 (5,3%)	0
De aquí unos 7-24 meses	121 (58,5%)	15 (44,1%)
Algún día	25 (12,1%)	9 (26,5%)
No	6 (2,9%)	0
<i>N = número de sujetos por grupo. % = porcentaje sobre el total.</i>		

TABLA IV. Situación ante el tabaquismo en fumadores diarios y ocasionales.

cuanto a población trabajadora en España y por ello creemos que el perfil del trabajador sobre el que intervenir en cuanto al hábito tabáquico, creemos que podría extrapolarse al perfil general de los trabajadores de otros sectores laborales. El contacto con el servicio médico es periódico durante los reconocimientos de la salud y con acceso fácil

Variable	Fumadores (diarios y ocasionales)	Ex-fumadores	Valor de p*
Edad (años)	42,80	45,64	p < 0,001
Sexo (%)			p > 0,05 (no significativo)
Hombre	57,6%	59,5%	
Mujer	42,4%	40,5%	
Cigarrillos/día (n°)	14,80	16,7	p = 0,008
Edad de inicio (años)	18,47	17,9	p > 0,05 (no significativo)
Paquetes/año (n°)	19,4061	17,3	p < 0,05
Años fumados (n°)	25,39	18,9	p < 0,05
<i>*Valor de p para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.</i>			

TABLA V. Diferencias comparativas observadas entre el grupo de fumadores y ex-fumadores.

a otro tipo de actividades preventivas o asistenciales que nos permiten incorporar de forma individual o en grupos colectivos la intervención tabáquica, desde la más elemental que sería el consejo médico, a la intervención terapéutica o las terapias cognitivo-conductuales. La participación, en cualquier caso, es voluntaria y ha de ser motivada previamente mediante campañas que estimulen la participación de los trabajadores, como en cualquier tipo de campañas sanitarias, aunque existen experiencias de estudios previos realizados en nuestra empresa que justifican los resultados de la amplia tasa respuesta obtenida en la encuesta de tabaquismo entre los trabajadores que acudieron a los exámenes de vigilancia periódica de la salud, si bien parte de la elevada tasa de respuesta obtenida, 85,23%, creemos que se debe, en parte, al método elegido para su realización, durante los reconocimientos periódicos de vigilancia de la salud, momento en el que es probable encontrar una mayor predisposición a la participación. Sirva de ejemplo nuestra experiencia previa y así, en una encuesta sobre prevalencia de cefalea en nuestros trabajadores, que se distribuyó acompañando a las nóminas en 2002, se obtuvo una tasa de respuesta del 16%<sup>15</sup>. En una posterior encuesta sobre asma laboral realizada en 2006 (en prensa), para cuya realización se eligió un procedimiento mixto, durante los reconocimientos y con entrega a través de jefes o del personal sanitario, se consiguió una participación aproximadamente del 45%.

La captación de participantes durante el reconocimiento voluntario de vigilancia de la salud implica que los tra-

bajadores incluidos en el estudio son los más sensibilizados por los temas de salud y con ello los más preocupados por la incorporación de hábitos saludables en su vida. Esto podría introducir un sesgo en los resultados obtenidos, tanto más cuanto que no podemos realizar un comparativo con el resto de los trabajadores que no han tenido acceso a la encuesta.

Para comprobar este extremo, en el futuro se deberíamos intentar realizar la misma encuesta, por otros medios, a todos los trabajadores de la empresa.

Nuestro objetivo es conocer el perfil de nuestros trabajadores con carácter previo a nuestra intervención para actuar de la forma más eficaz de cara a la motivación de nuestros trabajadores frente a la deshabituación tabáquica, especialmente, para aquellos trabajadores que consumen tabaco de forma habitual y que no han establecido una fecha concreta de abandono, aun cuando son conscientes de su deseo de dejarlo sin fecha concreta. Interesa por ello conocer previamente las características de nuestro personal y las actitudes previas de las que partimos para actuar posteriormente en función de ellas.

La edad media de los participantes en el estudio de 44,09 años, coincide con la edad media de nuestra población laboral. Son más jóvenes los actuales fumadores, tanto hombres como mujeres (42,80 años) que los ex-fumadores (45,64 años), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Ha habido una mayor participación de hombres que de mujeres coincidiendo también con la mayor presencia de hombres entre nuestro personal trabajador en Correos.

En cuanto al grupo laboral de pertenencia de los trabajadores participantes en la encuesta de tabaquismo, la mayor participación ha correspondido al grupo laboral de carteros (Auxiliares de Clasificación y Reparto), que es, por otra parte, el grupo mayoritario en la empresa.

Entre los trabajadores encuestados, predomina actualmente el personal no fumador, aunque, todavía sigue siendo elevada la cifra de fumadores activos en nuestra empresa (35,1%), pese a las limitaciones en cuanto al consumo de tabaco dentro y fuera del ámbito laboral que ha supuesto la entrada en vigor de la Ley 28/2005. Esta cifra es algo más elevada que la estimada en la encuesta nacional de salud 2003 que nos habla de cifras de prevalencia de consumo de tabaco del 31%, y que los datos provisionales correspondientes a la ENS 2006 que muestran un descenso, que situaría la tasa de fumadores en el 29,95% de la población española<sup>16</sup>.

Respecto a las características relacionadas con el consumo observamos que, respecto a la edad de inicio en el tabaco, los ex-fumadores comenzaron más jóvenes (17,93) que los actuales fumadores (18,47) siendo en ambos casos

la edad de comienzo mayor que la encontrada en otros estudios que la sitúan entre los 8 y los 20 años de edad, con una edad media de 14,83 años<sup>17</sup>, con un mayor consumo de cigarrillos/día, pero una menor cantidad de años fumados.

Si estudiamos la dependencia en función del tiempo que tardan los fumadores en consumir el primer cigarrillo, vemos que el 54,9% tarda más de 30 minutos y tan solo el 11,2% fuma el primer cigarrillo antes de 5 minutos. Esto, unido al hecho de que la media de cigarrillos/día entre los fumadores es de 14,49, nos habla de una baja dependencia nicotínica, lo que contrasta con otros estudios que asocian una dependencia alta a la nicotina entre el rango de edad de 35-65 años<sup>18</sup>.

Respecto a los intentos previos de abandono del tabaco, la mayoría, es decir, el 65,6% había intentado previamente dejar de fumar, siendo el promedio de intentos de 2,87. En la mayor parte de los casos, motivado probablemente, por una alta preocupación por los efectos del tabaco sobre la salud personal (al 62,5% le preocupa mucho-bastante) y sobre la salud ajena de los fumadores pasivos (al 68,2% les preocupa mucho-bastante). Sin embargo, esto no se corresponde con el deseo inmediato de abandono por parte de los actuales consumidores, sino con un proyecto planteado a medio y largo plazo, ya que el 97,1% piensa en dejar de fumar "algún día", pero tan solo el 8,2% piensa hacerlo en un plazo inferior a un mes. El planteamiento mayoritario (59,5%) es el abandono del tabaco en un plazo de 7-24 meses. Es decir, se trata de una población en fase de precontemplación.

Uno de los objetivos de la Ley 28/2005 era reducir la exposición de los trabajadores a ambientes cargados de humo mediante la prohibición de fumar en los centros de trabajo.

Sin embargo, muchos de nuestros trabajadores, especialmente los carteros, realizan una parte importante de su jornada laboral fuera de las oficinas de Correos, bien en la calle o repartiendo en otros locales u oficinas pequeñas, incluidos locales de hostelería donde el cumplimiento de la prohibición ha sido mucho menos estricto, lo que dificulta en parte nuestra labor.

En comparación con la población general<sup>19</sup>, los trabajadores incluidos en nuestro estudio (que representa algo más del 25% de la plantilla de trabajadores en nuestra empresa) presentan mayores prevalencias de fumadores activos y ex-fumadores.

Por otra parte, nuestro estudio coincide con los resultados obtenidos en otros trabajos respecto a mayores prevalencias de fumadores en las edades medias de la vida y en la etapa laboralmente activa, entre los 36 y 50 años<sup>20</sup>.

Particularmente, en las mujeres hemos observado un elevado consumo de tabaco en el grupo de 20-35 años (29%) y 36-50 años (28%), coincidiendo con los años reproductivos de su vida, con el posible riesgo que ello implica para la gestación y la descendencia.

En general, las opiniones manifestadas por los trabajadores en relación con las distintas acciones frente al tabaquismo nos abre posibilidades favorables de aceptación de posteriores intervenciones en nuestra empresa a nivel nacional, tales como la puesta en marcha de talleres de deshabituación colectiva, campañas educativas sobre el tabaco, junto con los reconocimientos de vigilancia de la salud y de forma independiente, así como información y formación sobre hábitos de vida saludables a todos los trabajadores. De forma mayoritaria, nuestros trabajadores apoyan también la labor ejemplarizante de personal considerado como modelo de referencia, incluyendo al personal sanitario. En las empresas, como la nuestra, en las que el contacto de los sanitarios con los trabajadores es diario y prolongado, es más evidente este papel. Todo ello coincide con publicaciones previas que muestran resultados similares a los nuestros en estos aspectos<sup>21-24</sup>.

Los resultados obtenidos nos inducen a incrementar las campañas de promoción de la salud y de preparación para dejar de fumar en una población laboral en la que no existe una preocupación inmediata por el abandono del tabaco y en la que contamos con datos a favor, como es una moderada dependencia a la nicotina de los actuales fumadores, si nos ceñimos a los datos de consumo estudiados.

Por otra parte, el ámbito laboral es, en el momento actual, un marco idóneo para la instauración de consultas de deshabituación dentro de las empresas al amparo de la legislación vigente tanto en cuanto a la ley del tabaco, como en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Sin embargo, podemos ver cómo, desde el mundo del trabajo, nos queda todavía mucho por hacer en nuestra empresa, dada la elevada cifra de fumadores en activo que persisten en el momento actual, con datos que podrían extrapolarse a otras empresas del ámbito público o privado y en el que la puesta en vigor de la Ley 28/2005 no ha supuesto más que el comienzo de un largo camino por recorrer.

La actuación del personal sanitario laboral, tanto médicos como enfermeros, con la activación, desde los servicios de prevención de unidades o consultas de deshabituación tabáquica es fundamental, aunque para poder llevarlo a cabo, es imprescindible recibir el apoyo de los órganos directivos de las empresas y de la sanidad pública en España. Intensificar y mejorar nuestras estrategias de intervención para facilitar la deshabituación, nos permitirá en un futuro comprobar si la efectividad de nuestras actua-

ciones permiten conseguir la disminución de las cifras de consumo de tabaco entre nuestros trabajadores y lograr los consiguientes beneficios que esto comporta, tanto en mejoras de salud, con la reducción de la morbi-mortalidad, como en los beneficios económicos subsiguientes, tanto para las empresas como para la sociedad.

## AGRADECIMIENTOS

A la dirección de Recursos Humanos de Correos.

A Ana Molina, Susana de Paz, Rosa Rodríguez Fernández (médicos del trabajo) y Laura Carrera, José Benaches y Purificación Martínez (enfermeros de Correos), por su apoyo en la recogida de datos.

A Pepa Peña y Amparo Amorós, auxiliares de Correos, por su ayuda en la elaboración de las bases de datos.

A Luisa Capdevila por su apoyo en la corrección del documento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nerín I, Crucelaegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Results of a comprehensive workplace program for the prevention and treatment of smoking addiction. *Archivos de Bronconeumología*. 2005; 41: 197-201.
2. González-Alonso J, Salvador T, Villalbí JR. El reto del control del tabaquismo en el lugar de trabajo. *Rev Esp Salud Pública*. 2003; 77: 1-2.
3. 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.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolos de vigilancia sanitaria específica de los trabajadores [citado 25 nov 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>
5. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva: WHO, 1997
6. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales. BOE nº 269, de 10 de noviembre. <http://www.mtas.es/insht/legislation/L/lprl.htm>
7. Nebot M, Tomás Z, López MJ, Ariza C, Díez E, Borrell C, Villalba JR. Cambios en el consumo de tabaco en la población general de Barcelona. *Aten Primaria*. 2004; 34: 457-62
8. Sánchez-Martínez F, López MJ, Nebot M, Ariza C, grupo de evaluación de la Ley 28/2005. Exposición al humo ambiental de tabaco en centros de trabajo antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2006 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 100-3.
9. Villalbí JR. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. *Gac. Sanit*. 2006; 20: 1-3.

10. López-González AA. Guía para un abordaje integral del tabaquismo en la empresa. Editada por la Conselleria de Salut i Consum y la Conselleria de Treball i Formació del Govern de les Illes Balears; 2005.
11. Ministerio de sanidad. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Madrid. 2005. Se puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo.
12. Red europea "Hospitales sin tabaco" (European Network for Smoke-Free Hospital) [citado 25 nov 2007]. Disponible en: <http://ensh.aphp.fr>.
13. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27 de 31 enero. <http://www.mtas.es/insh/legislation/RD/rd39.htm>
14. Real Decreto 780/1998, de 30 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención. <http://www.mtas.es/insh/legislation/RD/rd39.htm>
15. Vicente-Herrero T, Burke TA, Laínez MJA. Migraine Intervention Program on Work Pro-gram on Work Productivity, Productivity Costs, and Non-Workplace Impairment Among Spanish Postal Service Employees From an Employer Perspective. *Curr Med Res Opin.* 2004; 20: 1805-14
16. ENS 2003 Ministerio de Sanidad, Acceso 27/12/2008. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InfomeSaludyGenero2005.pdf>
17. Nerín I, Crucelaegui A, Mas A, Guillén D. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 298-302
18. Boyle P, Gandini S, Robertson C, Zatonski W, Fagerström K, Slama K, et al. Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. *Eur J Public Health* 2000; 10: 5-14
19. Gaxo. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y conductas en relación al consumo de tabaco. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo 2006 [citado 25 nov 2007]. Disponible en: [htt://www.cnpt.es/docu\\_pdf/C26082INFORMEDERE-SULTADOS\\_29\\_12\\_06.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/C26082INFORMEDERE-SULTADOS_29_12_06.pdf)
20. Villalbí JR, Salvador T, Granero L. El movimiento de prevención y su organización: papel del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. En: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, editores. *Tratado de tabaquismo*. Madrid: Aula Médica; 2004. p.571-80.
21. Comité de expertos de la OMS en la lucha antitabáquica. Lucha contra el tabaquismo epidémico. Serie de informes técnicos, n.º 636. Ginebra: OMS; 1979.
22. International Union against Cancer. Guidelines on smoking cessation. Geneve: IUAC; 1984.
23. Department of Health and Human Services: Smoking and Health. A report of the Surgeon General. U.S. Public Health Service Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health. Rockville PHS; 1964.
24. Royal College of Physicians. Tobacco or health. London: Pitman Medical; 1977.

## ¿Es posible individualizar el tratamiento farmacológico del tabaquismo?

C.A. Jiménez Ruiz<sup>1</sup>, J.J. Ruiz Martín<sup>1</sup>, N. Amor Besada<sup>1</sup>, A. Cicero Guerrero<sup>1</sup>, M. Mayayo Ulibarri<sup>1</sup>, M. Cristóbal Fernández<sup>1</sup>, S. Solano Reina<sup>2</sup>, J.I. de Granda Orive<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad Especializada en Tabaquismo. Comunidad de Madrid. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Central de la Defensa. Madrid.

### INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica que causa más de 4 millones de muertes cada año<sup>1</sup>. Existen diferentes tipos de tratamientos farmacológicos para ayudar a dejar de fumar: terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. Su eficacia y seguridad de uso han sido demostradas en diferentes ensayos clínicos<sup>2-4</sup>. La TSN y bupropión doblan las posibilidades de mantener abstinencia continua a los 6-12 meses en comparación con placebo<sup>2-3</sup>. La vareniclina incrementa estas posibilidades entre 2,5 y 3 veces en comparación con placebo a los 6 y 12 meses<sup>4</sup>. Aunque disponemos de varios tipos de tratamientos, también es cierto, que las tasas de éxito que producen, tanto a corto como a largo plazo, siguen siendo bajas.

Se han ensayado diversas fórmulas para incrementar la tasa de éxito de estos tratamientos. Un metaanálisis ha evaluado el incremento de la eficacia que supone la utilización de parches de nicotina antes del día de abandono, en comparación con el uso de esta medicación en la forma habitual. Se analizaron cuatro estudios y se encontró que la eficacia a las seis semanas y los seis meses era significativamente más alta en el grupo de sujetos que utilizaron par-

ches antes del día de abandono que en el grupo de aquellos que lo utilizaron con la pauta habitual. Las cifras de OR fueron de 1,96 (1,31-2,93) para la eficacia a las seis semanas y de 2,17 (1,46-3,22) para la eficacia a los seis meses.<sup>5</sup> Por otro lado, diferentes ensayos clínicos han probado que el aumento de las dosis de TSN puede provocar moderados incrementos en los índices de éxito en fumadores con alto grado de dependencia<sup>6-8</sup>.

No obstante, pueden existir otras vías para incrementar la tasa de éxito. Mejorar el diagnóstico del tabaquismo puede contribuir a individualizar su tratamiento y de esta forma a incrementar las tasas de abstinencia. Determinar el grado de dependencia física por la nicotina que sufren los fumadores y averiguar cual es su tipo de recompensa son dos procedimientos que pueden mejorar el diagnóstico del tabaquismo.

### RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS

El test de Fagerström es el mejor instrumento para diagnosticar el grado de dependencia por la nicotina<sup>9</sup>. Además, la puntuación obtenida en el test de Fagerström es un potente predictor de abstinencia en fumadores bien reciban o no, tratamiento para dejar de fumar<sup>10</sup>. De todas las cuestiones del test, la que mejor indica el grado de dependencia es aquella en la que se pregunta al sujeto si fuma su primer cigarrillo en la primera media hora después de levantarse o después de ese tiempo<sup>11</sup>. Este es un indicador potente, por cuanto que todos los fumadores se levantan en un estado

*Correspondencia:* Dr. Carlos A. Jiménez Ruiz. Unidad Especializada en Tabaquismo. Comunidad de Madrid. C/ Santa Cruz del Marcenado, 9. Piso 2. 28009 Madrid.  
e-mail: carlos.jimenez@salud.madrid.org, victorina@ctv.es

*Recibido:* Junio 2008. *Aceptado:* Agosto 2008  
[Prev Tab 2008; 10(3): 140-143]

de privación nicotínica. El rápido consumo de la droga es un fuerte indicador de dependencia. Además, la respuesta a esta pregunta se correlaciona muy bien con la puntuación total del test de Fagerström<sup>12</sup>.

Las personas fumadoras consumen tabaco por diferentes razones. Algunas lo consumen para combatir los síntomas del síndrome de abstinencia y otras lo hacen por placer. Los fumadores que consumen tabaco por placer experimentan una recompensa positiva (RP): algo positivo es añadido. Aquellos que consumen tabaco para combatir el síndrome de abstinencia experimentan una recompensa negativa (RN): el estado negativo es abolido. Hace algunos años, Fagerström y Pomerleau desarrollaron un cuestionario de 13 preguntas que pretendía medir la tendencia a fumar por recompensa positiva o negativa, el *Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire* (M-NRQ)<sup>13</sup>. Más recientemente, Fagerström ha propuesto condensar la esencia del tipo de recompensa en sólo una pregunta (*Fagerström Reinforcement Question -FRQ-*) con tres respuestas alternativas:

Pregunta (FRQ): *Cuando usted intenta dejar de fumar, ¿cuál de estos es lo más difícil de superar? Elija A, B o C.*

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

En un reciente estudio que analizaba datos de tres unidades de tabaquismo, dos en Suecia, que utilizaron vareniclina y una en España que utilizó parches de nicotina, Fagerström et al. encontraron que los fumadores que respondían B (recompensa positiva) a la FRQ obtuvieron mejores resultados que los fumadores que respondían A (recompensa negativa) en la FRQ cuando utilizaron vareniclina; en tanto que no hubo diferencias cuando fueron tratados con TSN. En la clínica española (418 fumadores tratados con parches de nicotina), la abstinencia puntual a los seis meses fue del 47%. Para aquellos con RP y RN los índices de abstinencia fueron del 44% y 49%, respectivamente, *p* no significativa. Sin embargo, la abstinencia puntual a los seis meses en la clínica sueca (73 fumadores tratados con vareniclina a dosis habituales durante 12 semanas) fue del 77% en el grupo de fumadores con RP y del 52% en el grupo con RN, *p* menor de 0,005<sup>14</sup>. Además, cuando se analizaron los datos en un diseño 2+2 (tipo de recompensa + alto o bajo grado de dependencia) aparecieron resultados llamativos. El grupo de fumadores con bajo grado de dependencia y RP tenía un alto índice de éxi-

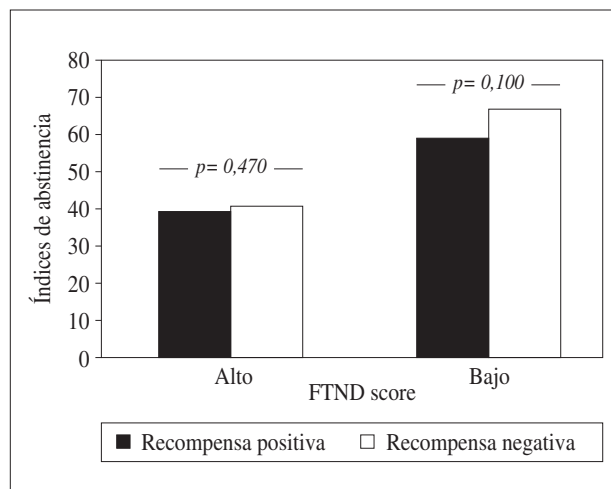


FIGURA 1. Comparación de los índices de abstinencia dependiendo del grado de dependencia y del tipo de recompensa. FTND score bajo quiere decir 6 o menos puntos en el test de Fagerström. FTND score alto quiere decir más de 6 puntos en el test de Fagerström.

to (85%) cuando fue tratado con vareniclina y el grupo de bajo grado de dependencia y RN tenían un alto índice de éxito (64%) cuando fueron tratados con TSN<sup>14</sup>. Una posible explicación a este hecho radica en que aquellos fumadores con RP responderían mejor al tratamiento con vareniclina, dado el especial mecanismo de acción de este fármaco como agonista parcial de los receptores nicotínicos<sup>15</sup>. En tanto que los fumadores con RN responderían mejor a la TSN por cuanto que se corresponderían con el grupo de fumadores en los que el mantenimiento de niveles continuos de nicotina es lo más importante<sup>16</sup>. Por otro lado, no se ha encontrado que la eficacia de la vareniclina esté relacionada con el mayor o menor grado de dependencia por la nicotina<sup>17</sup>.

Más recientemente nuestro grupo ha realizado un nuevo estudio, cuyos resultados pasamos a comentar. Hemos tratado a un total de 638 fumadores, de los cuales el 52% eran hombres, con una edad media de  $48 \pm 11$  años, con una puntuación media en el test de Fagerström de  $6 \pm 2$ , un 35% de ellos tenían recompensa positiva y el resto negativa. Todos fueron tratados con TSN. La tasa de abstinencia puntual a los 6 meses para aquellos fumadores que consumían su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos fue del 44,6%, en tanto que en aquellos que lo consumían después de los 30 minutos era del 69,9% ( $p < 0,001$ ). Encontramos que en nuestra muestra el punto de corte que mejor discriminaba a aquellos con alto grado de dependencia de aquellos con bajo grado, eran 6 puntos en el test de Fagerström. Aquellos con más de 6 puntos tenían cifras de

abstinencia más bajas que aquellos con 6 o menos puntos. Además, encontramos que el grupo de fumadores con menos de 6 puntos en el test de Fagerström y con recompensa negativa, eran los que obtenían unas más altas tasas de abstinencia en comparación con los otros grupos (Fig. 1). No obstante, el análisis multivariable no fue significativo.

Teniendo en cuenta todos estos datos, se puede deducir: a) la utilización de parches de nicotina en el periodo preabandono puede incrementar las tasas de éxito; b) la utilización de TSN a las dosis habituales puede ser más eficaz en aquellos fumadores que tienen bajo grado de dependencia física y consumen tabaco por RN; c) la utilización de TSN a dosis altas puede ser más eficaz en fumadores con alto grado de dependencia física y que consumen tabaco por recompensa negativa; y d) la utilización de vareniclina puede ser más eficaz en fumadores que consumen tabaco por RP.

## LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS

No obstante, todas estas deducciones tienen algunas limitaciones. El estudio de Fagerström et al. no es aleatorizado e incluyó un escaso número de pacientes. Por otro lado, todavía no existen datos sobre la sensibilidad y especificidad de la FRQ y los resultados de sus respuestas no han sido comparados con los resultados del M-NRQ. Además, las traducciones de la FRQ del sueco al español no han sido realizadas por traductores profesionales, e incluso, en el estudio de Fagerström et al. sólo se usaron 2 de las 3 posibles respuestas. Todas estas limitaciones hacen necesario la realización de más estudios que con un diseño metodológico más adecuado pueda obtener resultados más fiables y de mayor utilidad en la práctica clínica diaria.

## CONCLUSIONES

A pesar de que existen diferentes tipos de tratamiento farmacológico del tabaquismo, las tasas de éxito no son tan altas como cabría esperar. Probablemente, la realización de un mejor diagnóstico de las características del tabaquismo contribuya a una mejor elección del tratamiento y con ello, a una elevación de las tasas de éxito.

La determinación del grado de dependencia física por la nicotina, así como el conocimiento del tipo de recompensa que los sujetos buscan al consumir tabaco, pueden ayudar a un mejor diagnóstico del tabaquismo. Algunos estudios han concluido que: a) la utilización de TSN a las dosis habituales puede ser más eficaz en aquellos fumado-

res que tienen bajo grado de dependencia física y consumen tabaco por recompensa negativa; b) la utilización de TSN a dosis altas puede ser más eficaz en fumadores con alto grado de dependencia física y que consumen tabaco por recompensa negativa; y c) la utilización de vareniclina puede ser más eficaz en fumadores que consumen tabaco por recompensa positiva.

No obstante, todos estos estudios tienen algunas limitaciones. Por ello es necesario la realización de más estudios que, con diseños metodológicos adecuados, puedan obtener resultados más fiables y de mayor utilidad en la práctica clínica diaria.

## BIBLIOGRAFÍA

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. Stead LF, Perera R, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23; (1): CD000146.
3. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007 Jan 24; (1): CD 000031.
4. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008 Jul 16; (3): CD 006103.
5. Shiffman S, Ferguson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. *Addiction* 2008; 103: 557-63.
6. Tonnessen P., Paoletti P., Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEA-SE-trial. *Eur Respir* 1999; 13: 238-246.
7. Herrera N, Franco R, Herrera L, Partidas A, Rolando R, Fagerström KO. Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence: a double-blind placebo-controlled trial within a behaviour modification support program. *Chest.* 1995; 108: 447-451 .
8. Sachs DL. Effectiveness of the 4-mg dose of nicotine polacrilex for the initial treatment of high-dependent smokers. *Arch Intern Med.* 1995; 155: 1973-1980.
9. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991; 86: 1119-1127.
10. Foulds J, Gandhi KK, Steimberg MB. Factors associated with quitting smoking at a tobacco dependence treatment clinic. *Am J Health Behav* 2006 30: 400-12.
11. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert WS, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict.* 1989; 84: 791-799.

12. Payne TJ, Smith PO, McCracken LM, McSherry WC, Antony MM. Assessing nicotine dependence: a comparison of the Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) with the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) in a clinical sample. *Addict Behav.* 1994; 19: 307-317.
13. Pomerleau OF, Fagerström KO, Marks J L, Tate JC, Pomerleau CS. Development and validation of a self-rating scale for positive and negative reinforcement dmoking: The Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire. *Nic Tob&Res* 2003; 5: 711-718.
14. 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: 5-7.
15. Zierler-Brown SL, Kyle JA,. Oral varenicline for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 2007; 41: 95-99
16. Russell MAH. Nicotine intake and its control over smoking. In: Wonnacott S, Russell MAH and Stoleran I (eds). *Nicotine psychopharmacology: Molecular, cellular and behavioural aspects* (pp: 374-418) Oxford UK. Oxford University Press. 1990
17. Nides M. Glover E, Reus V et al. Varenilcine versus bupropion for smoking cessation: a pooled analysis. *Am J Health Behav* 2008; 32: 664-675.

---

## TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO: UNA REALIDAD POCO CONTROLADA

*Sr. Director:*

El tabaquismo es el factor de riesgo modificable más importante asociado a alteraciones del embarazo. Los efectos del consumo de tabaco durante la gestación han sido ampliamente estudiados, y es conocido que el tabaco aumenta el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, mortalidad fetal, placenta previa, desprendimiento de placenta, menor peso al nacer, malformaciones congénitas, mortalidad perinatal y morbilidad infantil. El beneficio de no fumar durante el embarazo adquiere una gran magnitud, estimándose que se evitaría el 10% de la mortalidad perinatal, el 35% de los nacidos con bajo peso y el 15% de partos prematuros<sup>1</sup>.

El estar embarazada debería suponer una motivación especial para dejar de fumar, sin embargo los datos de prevalencia resultan alarmantes. Datos de estudios realizados en España muestran que la prevalencia de tabaquismo al inicio del embarazo va del 50 al 60%, con poca variación en los últimos diez años. De todas las embarazadas fumadoras, al conocer la noticia de su embarazo, dejan de fumar casi la mitad. Aun así, la prevalencia global de tabaquismo duran-

te el embarazo varía del 20 al 30% de las embarazadas<sup>2</sup>. Otro dato preocupante es que de las embarazadas que dejan de fumar durante el periodo de gestación, más de un 80% recaen en el primer año tras el parto. Se han descrito diversos factores que limitan la probabilidad de abandono del tabaco, destacando: un bajo nivel de educación escolar, ser madre joven, mayor grado de dependencia nicotínica, la multiparidad, que su pareja fume y tener problemas emocionales<sup>3,4</sup>.

La mayoría de las embarazadas que dejan de fumar definitivamente, lo hacen antes de la primera visita médica, mientras que las que siguen fumando, conscientes de que están embarazadas, probablemente continuaran fumando durante el resto del embarazo. Por tanto, como personal sanitario estamos obligados a luchar contra esta inercia natural, teniendo en cuenta que el embarazo supone un momento idóneo para la intervención médica.

En los últimos años se han diseñado y evaluado diversas intervenciones encaminadas a promover el abandono del consumo de tabaco entre las embarazadas. Metaanálisis recogidos en la última Guía de Práctica Clínica de Fiore<sup>5</sup>, demuestran que las intervenciones psicosociales personalizadas son eficaces, de una manera modesta pero consistente, para ayudar a la embarazada a dejar de

fumar. Los resultados evidencian que la intervenciones mayores, más competas, de mayor intensidad, son significativamente más eficaces que las básicas o mínimas. Distintas guías aconsejan que la intervención no sea menor de tres minutos y que incluya información sobre riesgos del consumo de tabaco y beneficios de dejar de fumar, y entrega de material de autoayuda<sup>5</sup>.

El tratamiento farmacológico se recomienda cuando a pesar de aplicar las intervenciones psicoeducativas, la embarazada ha sido incapaz de dejar de fumar y, por tanto, los potenciales beneficios del abandono del tabaco superan los riesgos del tratamiento farmacológico y de continuar fumando. Los fármacos aprobados por la FDA como fármacos de primera línea para tratar la dependencia nicotínica han demostrado claramente su eficacia en fumadores fuera del embarazo, pero existe una clara infrautilización en embarazadas por la preocupación lógica de los posibles efectos adversos sobre el feto. De los fármacos disponibles en las farmacias, con dos de ellos, TSN y bupropión, hay estudios que nos permiten analizar la seguridad y la eficacia de este tratamiento, aunque sus datos no son totalmente concluyentes<sup>6</sup>. Para paliar esta situación, se debería crear un registro nacional de la prescripción de TSN o bupropión como tratamiento del tabaquismo en embarazadas, para

generar una base de datos amplia que nos permita extraer conclusiones válidas sobre seguridad y eficacia de estos fármacos.

Para finalizar, y siguiendo una línea de prevención, creo que sería importante establecer estrategias de actuación global sobre la mujer fumadora en edad fértil, que abarcara el periodo preconceptivo, el embarazo y el postparto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1990.
2. Cano J, Sánchez M, García MC, Rabadan B, Yep G. Tabaquismo durante el embarazo en mujeres de la Comunidad de Madrid. *Prev Tab* 2007; 9: 113-116.
3. DiClemente C, Dolan-Mullen P, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tob Control* 2000; 9:16-21.
4. F. Carrión Valero, M. Maya Martínez, P. Pont Martínez, M. Tortajada Martínez, J. Marín Pardo. Consejo médico personalizado en el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 346-352.
5. Fiore MC et al. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Clinical Practice Guideline.
6. Benowitz NL, DA Dempsey. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine & Tobacco Research* 2004; 6: 189-202.

**P. Plaza Valía**

*Médico Adjunto del Servicio de Neumología Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia*

[*Prev Tab* 2008; 10(4): 144-145]

## REFLEXIONES EN TABAQUISMO

*Sr. Director:*

De todos es sabido que el tabaquismo es la principal causa aislada prevenible de enfermedad y muerte prematura en los países desarrollados, existen múltiples evidencias científicas que así lo demuestran. La OMS<sup>1</sup> estima que actualmente existen alrededor de 1.200 millones de fumadores en el mundo y se espera, de seguir las previsiones actuales, llegar a unos 1.600 millones para el 2025 pasando la mortalidad atribuible al tabaco de 4 a 10 millones de muertes al año. Actualmente, España con alrededor de 12 millones de fumadores, soporta una mortalidad prevenible atribuible al tabaco de alrededor de 55.000 al año de las que entre 4.000 y 5.000 son atribuibles al tabaquismo pasivo.

Con estas cifras en mente quisiéramos hacer una reflexión respecto a la prevalencia del tabaquismo en el personal sanitario. Personal sanitario que, a pesar de poseer toda la información necesaria sobre la gravedad del hecho de fumar, sigue consumiendo tabaco. Sin embargo, una de las estrategias para el control de la epidemia del tabaquismo que ha demostrado ser eficaz es la intervención de los profesionales de la salud, los cuales deben asumir las funciones *modélica* en hábitos de vida saludable: *educadora, informativa y sensibilizadora* acerca de los riesgos de fumar, y *terapéutica* para con los fumadores que soliciten ayuda para el cese.

Analizando la prevalencia de fumadores en España, en la población general y en personal sanitario encontramos:

En la población general, en la ENS 2001<sup>2</sup>: fumadores 34,4%, fumadores

ocasionales 2,8%, ex-fumadores 16,8%, no fuma 48,7%. Mientras que en la ENS<sup>2</sup> 2006: fumadores 26,4%, fumadores ocasionales 3,1%, ex-fumadores 20,5%, no fuma 50%. A partir del 2001 se produce una disminución en la tasa de fumadores a expensas del aumento de los ex-fumadores, tendencia que se mantiene actualmente, manteniéndose constante la de los no fumadores. Pero, ¿cuál es la prevalencia mundial del consumo de tabaco? Según la OMS, en 2006<sup>1</sup> encontramos en USA un 21,5%, Canadá un 19%, Portugal un 21,5%, Francia un 25%, Italia un 10%, Alemania un 32,5%, Suecia un 17,5%, China un 35% y Australia un 17,5% de fumadores activos. Así, en la perspectiva global, vemos como la mayoría de países de nuestro entorno tienen tasas de fumadores muy por debajo de las nuestras.

Veamos que ocurre con el personal sanitario. En 1987, el Comité de Prevención del Tabaquismo de la SEPAR<sup>3</sup> publicó una encuesta sobre prevalencia del tabaquismo en 6.048 médicos (MG 4.001, MI 480, NML 359, ORL 321, otras 887): 49,2% son fumadores, 22,9% ex-fumadores. En 1997, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>4</sup>, en el Programa "*Corta por lo sano*", encuesta a 1.282 profesionales Sanitarios del Insalud (655 médicos y 627 enfermería): 38,9% son fumadores (6 puntos por encima que la población general 33%), 34,7% médicos (39,8% A. Primaria, 30,5% neumólogos, cardiólogos y ginecólogos y el 32,5% resto de especialidades) y el 43,2% en enfermería. En el 2000 el Área de Tabaquismo de SEPAR<sup>5</sup> realizó una encuesta sobre consumo de tabaco en neumólogos, recogiendo 1.075 respuestas válidas: son fumadores el 23% de los miembros de SEPAR (15,1% habituales y 8,1% ocasionales), los neumólogos

son los menos fumadores 15,7%, los cirujanos torácicos 30,9%, los MIR de neumología 31,9%, los MIR de cirugía torácica 25%. En 2002, la Sociedad Española de Cardiología (SEC)<sup>6</sup> realizó una encuesta entre sus miembros y los de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular (SECCV), con 663 encuestas válidas: son fumadores 9,48%, ocasionales 5,21%, ex-fumadores 49,45%, no fuman 35,89%; respecto a la SECCV, son fumadores habituales 16,95%, ocasionales 8,4%, ex-fumadores 38,98% y no fuman 35,59%.

Comparándonos con la población general, encontramos que excepto cardiólogos y neumólogos, las prevalencias de fumadores en el personal sanitario son elevadas aunque tienden a disminuir, no así en el personal de enfermería con tasas de prevalencia del 43%, superiores a las de la población general. Estas tasas de prevalencia son inadmisibles para el personal sanitario. Pero, ¿qué ocurre con los médicos de otros países? Según datos de la OMS 2006<sup>1</sup> sobre prevalencia de médicos fumadores: USA 2%, Australia 3%, Reino Unido 4%, Suecia 6%, Canadá 13%, China 27%. Todos los países de nuestro entorno tienen una prevalencia de médicos fumadores muy inferior a la nuestra.

Señor Director, creemos, que se debe reivindicar a la Administración Sanitaria (contando con la participación de todas las Sociedades Científicas), que con la mayor celeridad posible se diseñen estrategias para incrementar la sensibilización de los sanitarios, la información, la motivación, la deshabituación y la formación en tabaquismo, pues cuantos menos profesionales sanitarios fumen, más credibilidad resultará de cualquier intervención realizada con los pacientes encaminada al control y erradicación del tabaquismo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MacKay J, Eriksen M, Shafey O. The Tobacco Atlas. WHO; 2006.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España, 2001 y 2006. Madrid.
3. Sánchez Agudo L, Calatraba Requena JM, Escudero Bueno C, García Hidalgo A, Marco Martínez V, Esteras Serra A. CPT de SEPAR. Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. Med Clin (Barc) 1988; 90: 404-7.
4. Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Saiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. Prev Tab 2000; 2: 22-31.
5. Romero Palacios PJ, Solano S, Jiménez CA, Barrueco M, Hernández I, Lorza JJ, et al. El tabaquismo entre los miembros de la SEPAR. Hacia un futuro mejor. Prev Tab 2000; 2: 151-65.
6. López García-Aranda V, Sánchez Fernández PA, García Rubira JC, Calvo Jambriña R, Almendro Delia M, Macías Toscano M, et al. Tabaquismo entre los miembros de la Sociedad Española de Cardiología. Aproximación a la senesatez. Prev Tab 2004; 6: 103-12.

**A. Cascales García,**

**A. De Astorza Vergara**

*Sección de Neumología. Hospital Can Misses Ibiza.*

*[Prev Tab 2008; 10(4): 145-146]*

---

## TABAQUISMO Y CORAZÓN

*Sr. Director:*

Permítame que rompa una lanza en favor de un colectivo de pacientes que frecuentemente son infradiagnosticados e infratratados en nuestras consultas, cual es el de los pacientes con patología cardiovascular, y que además son fumadores. Y digo bien, infradiagnosticados, por cuanto muy infrecuentemente son identificados como fuma-

dores en la consulta especializada o durante su ingreso hospitalario, con lo que ello comporta, al perder la oportunidad de otorgarles un consejo anti-tabaco realista y adaptado a su patología, en un momento de especial sensibilización por parte del paciente hacia este tipo de mensajes. Pero también digo insuficientemente tratados, por cuanto son muy escasos los profesionales y centros que aprovechan la visita de estos pacientes para ofertar un apoyo psicosocial y farmacológico frente a su dependencia, o al menos derivarles a un centro de referencia donde ser tratados de manera adecuada a sus características como fumador.

En este sentido, son cada vez más numerosos los estudios de revisión que apuntan los beneficios en cuanto a reducción del riesgo de eventos cardiovasculares con la cesación tabáquica<sup>1</sup>, tanto en fumadores sanos como en fumadores con patología asociada, así como las importantes implicaciones de futuro que ello conlleva, en lo que se refiere a disminución de los costes sanitarios e ingresos hospitalarios por causa cardiológica, en buena parte gracias a las nuevas medidas restrictivas sobre el consumo en espacios públicos<sup>2</sup>.

A pesar de ello, lo cierto es que la realidad clínica de la prevención coronaria en Europa refleja un auténtico fracaso de las políticas de prevención secundaria, por cuanto según el reciente estudio epidemiológico *EUROASPIRE III*<sup>3</sup> persisten en el hábito de fumar casi una quinta parte de los pacientes con enfermedad coronaria. Esto ha llevado a que cada vez sean más las voces críticas que reivindican la inclusión de programas de cesación tabáquica dentro de los planes de rehabilitación cardíaca de este tipo de fumador de alto riesgo.

Las recientes *guidelines* americanas<sup>4</sup> sobre tratamiento del tabaquismo recomiendan una especial aten-

ción a este grupo especial de fumadores, que incluya de forma sistematizada un apoyo psicoconductual, pues no presenta ninguna limitación para su aplicación en ellos, así como un tratamiento farmacológico, que les ayude a vencer su dependencia, dado que cada vez son menos las restricciones de uso de estas terapias en pacientes con enfermedad cardíaca o vascular asociadas, siempre bajo supervisión médica y siguiendo rigurosos criterios de seguridad cardiovascular al respecto. Aquí pueden jugar un papel esencial las *Unidades Especializadas en Tabaquismo*, donde derivar a los pacientes de más difícil manejo o que requieran un seguimiento más estrecho.

Conociendo la alta penetración que tienen las recomendaciones de

esta revista sobre los profesionales sanitarios, y entre ellos los cardiólogos, y con la confianza de que esta carta se entienda no como reproche, sino como consejo bienintencionado, espero que poco a poco se vayan implementando programas específicos de atención a este grupo de fumadores, hasta ahora no siempre atendidos de forma integral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Critchley JA, Capewell S. Mortality Risk Reduction Associated with Smoking Cessation in Patients with Coronary Heart Disease. A systematic Review. *JAMA* 2003; 290: 86-97.
2. Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Alastair CH, Fischbacher C, et al. Smoke-free legislation and hospitalizations

for acute coronary syndrome. *NEJM* 2008; 359: 482-91.

3. Wood DA, et al. Clinical reality of coronary prevention in Europe: A comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys. Abstract 316. Hot Line I, Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología, Sep 2007, Vienna, Austria.
4. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 May.

**J.J. Ruiz Martín**

*Unidad Especializada en Tabaquismo. Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.*

*[Prev Tab 2008; 10(4): 146-147]*

## Helios Pardell

E. Saltó Cerezuela

*Responsable d'Investigació i Informació en Educació Sanitària i Prog. de Salut.  
Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya*

---



El 30 de octubre de 2008, de manera súbita, nos dejó a la edad de 62 años, Helios Pardell.

Su desaparición representa una sensible pérdida en muy diversos ámbitos del mundo sanitario y más concretamente médico. También los que trabajamos en el ámbito del tabaquismo hemos perdido a un referente muy importante.

Tras completar sus estudios de Medicina en la Universitat de Barcelona, se especializó en Medicina Interna y ya precozmente se interesó por campos que a finales de los años setenta resultaban emergentes en el ámbito sanitario. Así, Helios Pardell se centró en el estudio de las nuevas formas de organización y acreditación de los centros hospitalarios –su tesis doctoral se relacionó con este tema–, en el estudio de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, principalmente de las patologías cardiovasculares y en disciplinas como la estadística o la epidemiológica de las cuales fue también difusor y maestro. Destacó rápidamente por sus estudios en el campo de la hipertensión arterial, que le situaron a él y a su equipo del Hospital de la Cruz Roja de Hospitalet de Llobregat en una posición destacada en el panorama nacional e internacional. También desde muy pronto se interesó por la formación y la docencia –fue profesor asociado de Medicina de la UB durante quince años– y, muy especialmente, por el perfil profesional de los médicos, tarea que desarrolló desde el Centro de Estudios del Colegio de Médicos de Barcelona, corporación con la cual mantuvo desde finales de los años 70, una estrecha colaboración que le permitió, entre otras actividades, diseñar y establecer el modelo de acreditación de la formación médica continuada que luego se generaliza-

ría a toda España y a otras profesiones sanitarias. Mantuvo toda su vida una vinculación y compromiso con los movimientos sociales y culturales del país, era un ávido lector de espectro amplio y desarrolló con el tiempo una erudición muy personal mezcla de sus orígenes leridanos y su brillante trayectoria profesional en Barcelona.

Su irrupción en el campo del tabaquismo data de los primeros años 80, cuando en el contexto de su contribución en el ámbito de la enfermedades crónicas, empieza a colaborar también con los primeros grupos de trabajo que analizan, difunden y definen estrategias de prevención y control del tabaquismo en Cataluña. Estableció entonces una colaboración duradera con la Dirección General de Salud Pública, asesorando y guiando al Departamento de Sanidad catalán en estos aspectos. En 1990, fue nombrado Presidente del Consejo Asesor sobre Tabaquismo y poco después creó y dirigió el programa CINDI de la OMS en Cataluña. Su espíritu de iniciativa, sus vínculos con los grupos más activos en este campo, hizo que se pudiesen llevar a cabo experiencias y programas novedosos en nuestro país en el campo del tabaquismo, se desarrollaran campañas y experiencias para promover la deshabituación tanto dirigidos a población general como a grupos profesionales con papel ejemplar. Su capacidad de trabajo y de liderazgo le convirtió en un claro referente en nuestro país, organizando numerosos cursos, jornadas y congresos y contribuyendo con sus artículos científicos y sus publicaciones, como el *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo* que tuvo una amplia difusión en los países de habla española. Su aportación científica es amplia, ejerció funciones de editor y director en revistas de prestigio, además de impulsar y participar activamente en sociedades científicas relacionadas con sus ámbitos de actuación, colaborando desde el inicio con el CNPT.

Los que tuvimos la gran suerte de conocerle y trabajar con él, sabemos que Helios Pardell era una hombre inteligente y afectuoso. Tenía una singular capacidad para analizar y sintetizar las realidades más complejas o adversas, aportando siempre una (o varias) vías de solución o avance. Aunque era una persona con ideas y convicciones muy claras, siempre estaba muy atento ante elementos de innovación que pudieran surgir. Escuchaba con atención a los otros, aunque le molestaban las argumentaciones victimistas o reiterativas. Siempre intentaba crear en los que estaban a su alrededor una dinámica proactiva frente a cualquier proyecto o empresa por difícil que pudiese parecer. Fue hasta el final un hombre valiente, que serena y rigurosamente defendía sus ideas en relación a temas, a veces no tan fáciles, como hizo en su última etapa en el campo de la formación continuada. En el tabaquismo, disponía de una visión clara del papel que los profesionales (en sus distintos perfiles) debían jugar. Así, sostuvo desde el principio, que el abordaje del fumador debía desarrollarse principalmente desde un ámbito

generalista, integrándolo al máximo en la praxis diaria y siguiendo las pautas habituales de actuación comunes a otros problemas de salud. Seguramente por su linaje de clínico internista, fue siempre muy partidario de intentar protocolizar al máximo el manejo del fumador, haciendo intervenir el tratamiento farmacológico de la dependencia nicotínica, aspecto al que era muy sensible. Su contacto con la salud pública, le permitió tener una visión amplia y completa del problema y le acercó también a los modelos de actuación a nivel poblacional, promoviendo acciones con un claro componente comunitario que tuvieron éxito y fueron imitadas como el programa-concurso “*Quit and Win*”.

Helios nos ha dejado de manera abrupta y mucho antes de lo que podíamos prever. Su contribución material queda a disposición de todos, aunque su legado más precioso, es seguramente el que heredamos –y que nos debemos obligar a mantener– todos aquellos que nos hemos formado y crecido personal y profesionalmente junto a él: un gran ejemplo de hombre y de ciudadano.



**PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO** considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados directamente con el tabaquismo, en su aspecto clínico médico experimental. Fundamentalmente la Revista consta de las siguientes secciones:

### Editorial

Comentario crítico que realiza un experto sobre un trabajo original que se publica en el mismo número de la Revista o por encargo desde el Comité de Redacción, sobre un tema de actualidad. Extensión máxima de cuatro páginas DIN A4 en letra cuerpo 12 a doble espacio.

El contenido del artículo puede estar apoyado en un máximo de 7 citas bibliográficas.

### Originales

Trabajos preferentemente prospectivos, con una extensión máxima de 12 DIN A4 a doble espacio y hasta 6 figuras y 6 tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis.

### Cartas al Director

La Revista tiene especial interés en estimular el comentario u objeciones relativas a artículos publicados recientemente en ella y en las observaciones o experiencias concretas que permitan resumirse en forma de carta. La extensión máxima será de 2 DIN A4 a doble espacio, un máximo de 6 citas bibliográficas y una figura o una tabla. El número de firmantes no podrá ser superior a tres.

### Otras secciones

Los comentarios editoriales, revisiones, temas de actualidad, números monográficos u otros, son encargos expresos del Comité de Redacción. Los autores que deseen colaborar espontáneamente en algunas de estas secciones deberán consultar con anterioridad con el mencionado Comité.

### ENVIO DE MANUSCRITOS

Se escribirán en hojas DIN A4 mecanografiadas a doble espacio (máximo 30 líneas de 70 pulsaciones), numera-

das consecutivamente en el ángulo superior derecho. Los trabajos se remitirán en papel acompañados del CD indicando para la Revista Prevención del Tabaquismo, a la siguiente dirección: Ediciones Ergon, C/ Arboleda, 1, 28221 Majadahonda (Madrid), Att. Carmen Rodríguez, o por e-mail a: carmen.rodriguez@ergon.es.

Deben ir acompañados de una carta de presentación en la que se solicite el examen de los mismos, indicando en qué sección deben incluirse, y haciendo constar expresamente que se trata de un trabajo original, no remitido simultáneamente a otra publicación. Asimismo, se incluirá cesión del Copyright a la Revista firmada por la totalidad de los autores.

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos que le sean remitidos y se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no considere adecuados para su publicación, así como de proponer las modificaciones de los mismos cuando lo considere necesario.

El primer autor recibirá las galeras para su corrección, debiendo devolverlas al Director de la Revista a la dirección reseñada dentro de las 48 horas siguientes a la recepción.

### Estructura

Como norma se adoptará el esquema convencional de un trabajo científico. Cada parte comenzará con una nueva página en el siguiente orden:

1. En la primera página se indicará por el orden en que se citan: título del trabajo, nombre y apellidos de los autores, centro y servicio (s) donde se ha realizado, nombre y dirección para correspondencia, y otras especificaciones consideradas necesarias.
2. En la segunda página constará: a) el resumen, de aproximadamente 200 palabras, con los puntos esenciales del trabajo, comprensibles sin necesidad de recurrir al artículo; y b) palabras clave en número de tres, de acuerdo con las incluidas en el *Medical Subject Headings*, del *Index Medicus*. El Comité Editorial recomienda la presentación estructurada del resumen, siguiendo el esquema siguiente: 1) objetivos; 2) pacientes y método; 3) resultados y 4) conclusiones.

3. En la tercera página y siguientes constarán los diferentes apartados del trabajo científico: introducción, pacientes y métodos, resultados, discusión y conclusiones y bibliografía. La introducción será breve y proporcionará únicamente la explicación necesaria para la comprensión del texto que sigue. Los objetivos del estudio se expresarán de manera clara y específica. En él se describirán el diseño y el lugar donde se realizó el estudio. Además se detallará el procedimiento seguido, con los datos necesarios para permitir la reproducción por otros investigadores. Los métodos estadísticos utilizados se harán constar con detalle. En los resultados se expondrán las observaciones, sin interpretarlas, describiéndolas en el texto y complementándolas mediante tablas o figuras. La discusión recogerá la opinión de los autores sobre sus observaciones y el significado de las mismas, las situará en el contexto de conocimientos relacionados y debatirá las similitudes o diferencias con los hallazgos de otros autores. El texto terminará con una breve descripción de las conclusiones del trabajo.

### **Agradecimiento**

Si se considera oportuno se citará a las personas o entidades que hayan colaborado en el trabajo. Este apartado se ubicará al final de la discusión del artículo.

### **Tablas y figuras**

Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla con números romanos y de las figuras con números arábigos; b) enunciado o título correspondiente; c) una sola tabla por cada hoja de papel. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

Las figuras se presentarán también en hoja aparte, numeradas por orden correlativo de aparición, que se señalará en el texto. Se procurará utilizar papel fotográfico en blanco y negro, de buena calidad para permitir una correcta reproducción y con un tamaño de 9 x 12 cm o un múltiplo.

Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando el nombre del primer autor y el título del trabajo, además de una señal para mostrar la orientación de la figura. Las ilustraciones se presentarán por triplicado y los pies de las mismas se presentarán en hoja aparte. Los gráficos realizados por ordenador deberán también fotografiarse para facilitar la reproducción.

### **Bibliografía**

La bibliografía deberá contener únicamente las citas más pertinentes, presentadas por orden de aparición en el texto y numeradas consecutivamente. Cuando se mencionan autores en el texto se incluirán los nombres si son uno o dos. Cuando sean más, se citará tan sólo al primero, seguido de la expresión *et al.* y en ambos casos, el número de la cita correspondiente. Los originales aceptados, pero aún no publicados, pueden incluirse entre las citas, con el nombre de la revista, seguido por "en prensa", entre paréntesis. Las citas bibliográficas deberán estar correctamente redactadas y se comprobarán siempre con su publicación original. Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado en el *Index Medicus* y para la confección detallada de las citas se seguirán estrictamente las normas de Vancouver, publicadas en nuestro país por *Medicina Clínica (Med Clin (Bar) 1997; 109: 756-763)*.

### **NOTAS FINALES**

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la Revista, que serán valorados por revisores anónimos y por el mismo Comité de Redacción, que informará acerca de su aceptación. Es necesario adjuntar las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado, en especial en las secciones por encargo. Se recomienda utilizar sobres que protejan adecuadamente el material y citar el número de referencia de cada trabajo en la correspondencia con la Editorial.

El autor recibirá las pruebas de imprenta del trabajo para su corrección antes de la publicación, debiendo devolverlas a la Editorial en el plazo de 48 horas.