



Info Tabac

El informe del experto en tabaquismo

Número 11



El editorial

Tabaco, adicciones y salud mental

Como es bien sabido, la vinculación del tabaco y la salud mental es estrecha y enormemente conocida por los que nos dedicamos a este mundo. Por un lado, por la fatalidad de sus consecuencias, pero también por los efectos neurobiológicos beneficiosos de la misma. El Ministerio de Sanidad reguló el consumo del tabaco y lo prohibió en todas las instituciones sanitarias públicas, excepto en aquellas, y sólo en aquellas donde se tratan a personas con problemas mentales.

Me referiré aquí a cuáles son los aspectos neurobiológicos que hacen que nuestros pacientes se inclinen en su uso-abuso y cómo nosotros podemos hacer algo por ellos para contrarrestarlos.

El tabaco es una sustancia psicotrópica que estimula de forma activa el sistema nervioso central (SNC) provocando un placer momentáneo en nuestros pacientes que hace de su utilización una razón de ser y un hábito a la vez. Por

otra parte, y sabiendo que en la mayoría de los trastornos mentales y adicciones el papel de la ansiedad casi siempre está presente, el tabaco reduce los efectos de la misma y provoca distensión. También existe una modificación en cuanto al estado de ánimo mejorándolo considerablemente y los pacientes encuentran una mejoría significativa en la memoria y la intensificación del conocimiento cognitivo, favoreciendo, en algunos casos, el aprendizaje mientras consumen, no siendo así en su abstinencia.

En algunos casos, el tabaco es utilizado por nuestros pacientes como herramienta para contrarrestar y disminuir los efectos adversos generados de la medicación incrementando su consumo, lo que me lleva a la disyuntiva de pensar: ¿cómo podemos los profesionales ayudar a este colectivo si existen todos estos factores a su favor? Se me ocurren algunas ideas.

Si en consulta, al menos desde la última década y, en la actualidad, se le resta importancia al hecho de que un drogodependiente o un esquizofrénico sea consumidor de tabaco; aludiendo que "...era un mal menor...", incluso en

dosis altas, y tampoco se ha invertido tiempo en fabricar mecanismos de detección, evaluación y tratamiento para este colectivo, ¿cómo es posible ayudarlos? Simplemente no podemos, así no. Hay que romper con esos tópicos y aunar fuerzas y tratar al paciente en su globalidad, enfermedad primaria y adicciones asociadas conjuntamente.

La dependencia se mueve actualmente en las tres líneas, física, psicológica y social, y ya que las dos primeras son abordables desde el área de la medicina, la psicología y la psiquiatría quizás deberíamos empezar a trabajar con más fuerza en aquellos aspectos que hacen del tabaco algo socialmente aceptable, promover alternativas al consumo, investigar y realizar programas masivos de prevención en todas las áreas de salud, y todo esto realizarlo conjuntamente con las autoridades competentes, eso sí, siempre y cuando estén dispuestas, muy a su pesar (estoy seguro) a dejar de engrosar sus arcas en beneficio de la salud.

Jaume Celma Merola. Psicólogo
Servicio de Drogodependencias
Hospital de Santa Maria. Lleida



La experiencia

Rehabilitación respiratoria

La Rehabilitación Respiratoria (RR) empieza a practicarse a finales del siglo pasado para tratar a pacientes con tuberculosis, pero hasta hace 30 años no aparecen estudios sobre su efectividad. Hay claras y numerosas evidencias de los beneficios que tiene la RR en cuanto a la mejoría de la capacidad de esfuerzo, no sólo a corto, sino también a largo plazo¹.

La American Thoracic Society (ATS) define la RR como la "prestación continua y multidimensional de los servicios dirigidos a personas con enfermedades respiratorias crónicas y enfermedades que provocan restricción de la función pulmonar, con el objetivo de mejorar y mantener al individuo en el máximo grado de independencia". El programa de RR incluye control del tratamiento médico, educación del paciente y de la familia, deshabitación tabáquica, fisioterapia respiratoria, técnicas de entrenamiento al esfuerzo, entrenamiento de los músculos respiratorios, terapia ocupacional, soporte psicosocial, control nutricional y, en casos más especiales, oxigenoterapia, ventilación no invasiva y asistencia a domicilio. Por lo tanto, es importante tener un equipo multidisciplinar compuesto por neumólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermeras, especialistas en nutrición, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

La RR está indicada en pacientes con patología respiratoria obstructiva/restrictiva sintomática, no fumadores o incluidos en un programa de deshabitación tabáquica. Las contraindicaciones serían patologías que puedan impedir la realización del entrenamiento. El paciente debe ser evaluado inicialmente desde el punto de vista clínico, radiológico, función pulmonar, capacidad de esfuerzo y de calidad de vida relacionada con la salud. Todo ello nos ayudará a establecer unos objetivos y proporcionar al paciente un programa individualizado. Los estudios recomiendan realizar un programa de 8 a 12 semanas, 3 veces por semana y sesiones de 1-2 horas que incluya²:

Educación: la primera parte fundamental. Es importante que los pacientes conozcan su enfermedad y los síntomas más frecuentes (como la disnea).

Fisioterapia Respiratoria (FR): está indicada a todo paciente con una limitación crónica al flujo aéreo sintomática demostrada con pruebas de función pulmonar. El objetivo es mejorar el aclaramiento mucociliar, desensibilizar la disnea y optimizar la función respiratoria (trabajo de los músculos respiratorios y la movilidad de la caja torácica).

Las técnicas de FR tienen que ser lo más activas e individualizadas posibles.

Entrenamiento de los músculos respiratorios: es un trabajo con diferentes resistencias en el que se hace respirar al paciente a través de orificios de distinto calibre (Pfllex) o a través de dispositivos manuales (*threshold loading*).

Entrenamiento con ejercicio de extremidades inferiores: habitualmente, el entrenamiento se realiza con ciclo ergómetro o tapiz rodante. Se recomienda controlar la saturación, tensión arterial, frecuencia respiratoria y escala de Borg. Respecto a la intensidad del entrenamiento, se utiliza en ocasiones el 60-70% de la FC máxima, variable según características y tolerancia del individuo.

Entrenamiento de las extremidades superiores: la mayoría de los pacientes presentan disnea al realizar las tareas del día a día; por eso es importante potenciar los grupos musculares implicados. Se realizan ejercicios con aumento de carga y repeticiones progresivas.

Apoyo psicológico: tanto del profesional como de su entorno familiar y social.

Control nutricional

La valoración de los resultados debe basarse no tanto en los cambios obtenidos en la función pulmonar, como en la observación de la calidad de vida, la tolerancia al esfuerzo

y la sensación de disnea. Hemos de tener en cuenta que pacientes con funciones respiratorias similares tienen una percepción clínica subjetiva diferente. Los estudios evidencian la disminución de días de hospitalización, número de ingresos hospitalarios y asistencia a urgencias. Todo ello se traduce en una disminución de los costes económicos.

Se observa un aumento de independencia para realizar las actividades de la vida diaria, incremento en la tolerancia al ejercicio, mejoría en la disnea, reducción de los síntomas respiratorios y, por tanto, una mejora psíquica importante.

En definitiva, el entrenamiento muscular es una estrategia terapéutica útil y eficaz, muy beneficiosa para el paciente respiratorio crónico. Por lo tanto, la rehabilitación respiratoria debería aplicarse como un fármaco adicional a este tipo de pacientes¹. Comentarios como "descanso mejor por las noches", "ahora no me da miedo salir a pasear", "me atrevo a volver a trabajar" son frecuentes en la práctica diaria y nos invitan a continuar trabajando en este proyecto. Nuestro hospital está luchando para crear un servicio que pueda cubrir las necesidades de estos pacientes. El paciente respiratorio, con un mínimo, encuentra mejoría. Por ello, debemos luchar para darles un soplo de esperanza y calidad de vida.

"Entre todos podemos darles un poco de aire."

Laia Cabau i Manau
Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación
del Hospital de Santa Maria. Lleida

1. Arch bronconeumol 2008; 44: 119-121.

2. Plan Funcional de Rehabilitación Respiratoria HSM.

Lluís Amiguet Fumar para contarlo

Cuarenta personajes explican su relación con el tabaco y otras adicciones

Ferran Adrià, Carmen Alborch, Luis Eduardo Aute, Juan Echanove, José Luis García, Ariadna Gil, Fernando Lázaro Carreter, Juan Marsé, Antonio Miró, Óscar Nebreda, Florentino Pérez, Carmen Posadas, Javier Reverte, Fernando Sánchez Dragó, Rosa María Sardà, Fernando Savater, Compay Segundo, Joan Manuel Serrat, Valérie Tasso, Corin Tellado, José Luis de Vilallonga...

Planeta Prácticos



Fumar para contarlo

Relatos de cuarenta personajes conocidos en donde se describe su relación con el tabaco. Algunos describen una relación de distancia. Otros de cercanía.

Se describen las opiniones de personas como Ferran Adrià, Carmen Posadas, Héctor Alterio, Juan Marsé, Ramón Tamales, Joan Manuel Serrat, Fernando Sánchez Dragó, Carmen Alborch o Rosa María Sardà.

Según refiere el autor, se ha hurgado en la infinita diversidad de los fumadores, en sus excusas, sus argumentos y hasta en sus tonterías. Los entrevistados han expuesto su miedo a la muerte, su deseo de agradar, de triunfo, el fracaso, la voluntad y la familia.

Lluís Amiguet

"Fumar para contarlo"

Cuarenta personajes explican su relación con el tabaco y otras adicciones"

«El tabaco dejará de ser una gran industria para volver a ser una artesanía refinada en plan selecto y pequeño, como la buena comida», Ferran Adrià.

«Engordé seis kilos tras dejar de fumar y me dije: pues será una gordita feliz», Carmen Alborch.

«Sé que es malo, pero sin fumar no puedo trabajar y si no trabajo lo que no puedo es vivir», Luis Eduardo Aute.

«¿Qué quieres esta noche por tu cumpleaños? ¿Una cena con champán y caviar o que guardes silencio? Esas cosas sólo puede decirías una fumadora al viejo estilo», José Luis García.

«Contrataría a una niñera a quien le gustara fumar, comer y follar. Eso demostraría que sus inclinaciones son normales y corrientes y que no es una desviada mental», Alicia Giménez Bartlett.

«Y le dije a don Juan de Borbón: tengo Rex, muy apropiado para usted», Fernando Lázaro Carreter.

«El tabaco perjudica mi salud como el chorizo, los huevos fritos y los niños al jerez, pero me proporciona tanta satisfacción que lo compensa», Fernando Méndez Leite.

«Ahora que ya no fumo hago menos el amor, porque antes sólo lo hacía por el cigarrillo de después», Javier Reverte.

«Ni el tabaco ni la droga matan, ninguna droga mata si no la tomas», Fernando Savater.

«La vida vale mucho más que el tabaco», Joan Manuel Serrat.

«El mejor regalo que me pueden hacer es un Montecristo n.º 4», Valérie Tasso.

Planeta Prácticos



Adiós, amigo mío

¿Recuerdas aquel primer día, aquel primer momento en que nos conocimos? Terminaba de despertar del sueño de niño y empezaba la bella etapa de la adolescencia y tú ya estabas a mi lado.

Llegaron los tiempos de grandes cambios: el instituto, salir del pueblo, nuevas amistades, las primeras gamberradas..., en fin, nuestra libertad. Y seguimos juntos.

Hemos recorrido un largo viaje juntos, a pesar de los obstáculos que hemos superado. Y siempre ha sido en aquellos momentos difíciles que tú siempre has estado a mi alcance; te debo tantos momentos de paz y tranquilidad, de sacarme la ansiedad que llevaba dentro de mí...

Pero amigo mío, hoy tienes un rival. ¿Qué rival me puede salir a mí después de tantos años juntos? –dirás tú.

Es difícil de comprenderlo, ¿eh, amigo? Pues mira, hoy la vida me sonríe y he descubierto un nuevo compañero de viaje. Un amigo que me quiere, que vela por mí y por los que me rodean.

¿Sabes cómo se llama este nuevo amigo? VIDA.

¡Ja, ja, ja! –dirás. No puedes dejarme así como así. No tienes suficiente coraje para abandonar una relación de 20 años como la nuestra...

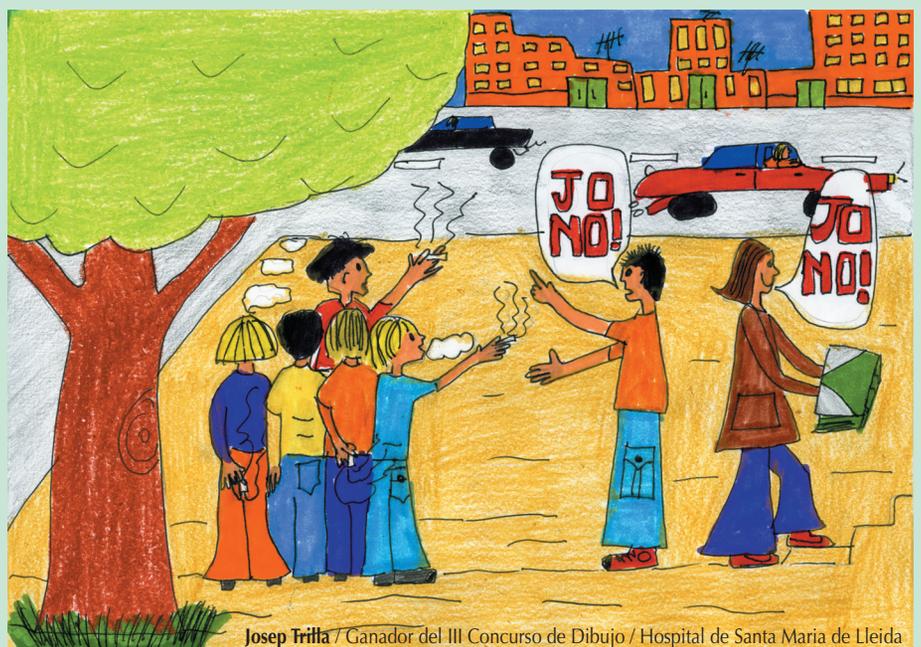
Lo siento, amigo. Tú has dicho la palabra exacta: tú y yo sólo tenemos una relación, una relación de dependencia, no una relación de amistad o de amor... Y recuerda, amigo mío, que en esta ruta que hacemos lo más importante es la amistad y el amor y que nunca, nunca, crean dependencia, sino VIDA.

Por ello, hoy quiero descubrir la VIDA y empezar a caminar con mi nuevo amigo, o sea que ha llegado el momento de decirte: "Adiós, amigo mío."

Y recuérdalo siempre: no quiero una segunda oportunidad, ¡hasta nunca más!

Montse

Concurso de dibujo



Josep Trilla / Ganador del III Concurso de Dibujo / Hospital de Santa Maria de Lleida



“Craving”, impulsividad y adicción al tabaco

La definición del *craving* es aún motivo de controversia entre profesionales del campo de las adicciones. Sin embargo, existe consenso a la hora de considerarlo un fenómeno clave para explicar el desarrollo y mantenimiento de distintas formas de adicción, incluyendo el tabaquismo. Según el diccionario Oxford, el término anglosajón *craving* se traduce como “deseo vehemente o ansia”. Desde un punto de vista científico, podemos definir el *craving* como un **estado motivacional apetitivo asociado a los efectos reforzantes del consumo de drogas**. En otras palabras, el *craving* es una emoción, similar al deseo, que propicia conductas de aproximación y búsqueda del mismo modo que el miedo propicia conductas de evitación y huida. Esto explicaría que la persona adicta a una sustancia la busque de manera intensa, incluso cuando esta búsqueda implica superar serios obstáculos. Es el caso de los fumadores que despiertan de madrugada y van a buscar su paquete de tabaco desesperadamente, incluso a comprarlo a la calle, si no les quedan cigarrillos.

En las adicciones, el *craving* surge como resultado de un proceso de **sensibilización de los sistemas motivacionales encargados de procesar estímulos relevantes para el organismo, los mismos sistemas que se encargan de procesar reforzadores naturales como la comida o el sexo**. Sensibilización es lo contrario de habituación, por lo que el término hace referencia a una intensificación progresiva de la respuesta emocional a los estímulos asociados al consumo. Esta sensibilización es consecuencia del consumo repetido de la sustancia y provoca procesos de neuroplasticidad en los sistemas cerebrales que subyacen al procesamiento de incentivos. Se dice, metafóricamente, que las sustancias secuestran los sistemas motivacionales del cerebro. Como consecuencia, estos sistemas otorgan una relevancia emocional exagerada a los estímulos relacionados con la experiencia de consumo. En este punto, es importante explicar que no se puede equiparar *craving* con placer o sensaciones positivas.

Sabemos que, conforme la adicción progresa, se pueden disociar claramente dos procesos: *liking* (gustar) y *wanting* (querer). El *liking* está asociado a la experiencia hedónica de placer o displacer producida por la sustancia, mientras que el *wanting* es el proceso motivacional que subyace a la búsqueda de la sustancia. En otras palabras, estos procesos marcan la divergencia entre deseo y placer, de modo que se puede seguir experimentando un fuerte deseo de consumo, incluso cuando este consumo produce displacer. El *craving* estaría más estrechamente asociado al proceso de *wanting*, lo que explica que pueda mantenerse con independencia del efecto subjetivo de la sustancia, o que pueda contribuir a recaídas que ocurren muchos años después de haber dejado el consumo, cuando las sensaciones positivas asociadas al mismo están en muy segundo plano.

En el cerebro de las personas con adicciones, los circuitos “sensibilizados” funcionan como una correa de transmisión que fluye de manera rápida y automática desde la valoración motivacional de estímulos asociados al consumo hasta la preparación de hábitos motores dirigidos a conseguir la sustancia de manera rápida y eficaz.

La automaticidad del proceso se refleja en el hecho de que aunque nosotros diseccionamos minuciosamente el *craving*, cuando los consumidores explican sus recaídas no proporcionan demasiada información y, en ocasiones, se limitan a decir que “de pronto, ocurrió”. Esta aparente automaticidad es la base de las “decisiones aparentemente irrelevantes”, definidas por el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, y tienen un importante papel en el tratamiento de las adicciones.

A nivel experimental, se ha demostrado, mediante estudios de neuroimagen, que los individuos adictos a la cocaína muestran una hiperactivación de los circuitos motivacionales del cerebro en respuesta a imágenes de cocaína presentadas por debajo del umbral de la percepción consciente. Es decir, estas personas muestran una intensa reacción emocional, incluso cuando los estímulos asociados a la sustancia son procesados de manera inconsciente. Antes que las neurociencias, la publicidad ya se ha percatado del potencial de este procesamiento inconsciente sobre la motivación del consumidor; algo que explica, por ejemplo, por qué algunas marcas de cigarrillos siguen pagando cifras millonarias sólo por estampar sus colores corporativos en coches de Fórmula 1.

Se puede argüir que la neuroplasticidad asociada al consumo de cocaína no es equiparable a la del consumo de tabaco, pero la evidencia neurocientífica empieza a demostrar que existen aspectos comunes entre ambas adicciones.

Por ejemplo, el consumo de tabaco produce adaptaciones de los niveles de receptores de dopamina del cuerpo estriado, una región implicada en el procesamiento motivacional y la activación de secuencias motoras, equivalentes a los asociados a la administración de cocaína.

En ambos casos, los niveles de estos receptores se han asociado a la intensidad del *craving* informado subjetivamente.

Asimismo, se ha demostrado que la gravedad de la dependencia a la nicotina, medida con el test de Fagerström, está asociada con una mayor activación de regiones cerebrales asociadas con la motivación (corteza cingulada) y la preparación motora (ganglios basales), de modo similar a lo demostrado en relación con la severidad de la adicción a la cocaína. Por otro lado, un estudio reciente que examinó una serie clínica de pacientes con daño cerebral que habían dejado de fumar después de su lesión demostró que el daño selectivo en la ínsula, una región implicada en la transformación de sensaciones corporales en impulsos conscientes, producía una interrupción drástica y sin esfuerzo de la adicción al tabaco.

En palabras de uno de estos pacientes, “su cuerpo olvidó el deseo de fumar”. Por tanto, es probable que los próximos años sean fértiles en el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas basadas en los recientes hallazgos neurocientíficos. Es importante aclarar que estas posibilidades terapéuticas no se limitan a dianas farmacológicas. Por ejemplo, se ha demostrado que la meditación tiene efectos significativos sobre el nivel de ocupación de receptores dopaminérgicos. Asimismo, es probable que técnicas de *biofeedback* o *mindfulness* tengan efectos directos sobre el funcionamiento de los circuitos cerebrales que regulan emociones, impulsos y deseos.

Es necesario mencionar que las alteraciones del procesamiento motivacional suelen ir aparejadas con daños en los mecanismos de control de impulsos que en circunstancias normales se encargarían de cancelar respuestas automáticas o guiadas por la recompensa inmediata.

Se han descrito distintos déficits del control de impulsos en consumidores de tabaco, incluyendo problemas de inhibición de respuestas motoras, una preferencia exagerada por recompensas inmediatas en perjuicio de recompensas demoradas de mayor magnitud y una tendencia a tomar decisiones basadas en recompensas inmediatas incluso a expensas de severas consecuencias negativas. No obstante, mi opinión es que en la adicción al tabaco y a otras drogas, la relación entre impulsividad y consumo está mediada por mecanismos motivacionales y emocionales. Es decir, es posible que los consumidores de tabaco sean más marcadamente impulsivos cuando experimentan fuertes deseos o cuando atraviesan malos momentos. De este modo, las emociones, incluyendo el *craving*, imprimen importantes matices en la intensidad de la impulsividad de los consumidores.

Dr. Antonio Verdejo García. Neuropsicólogo
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
& Instituto de Neurociencias. Universidad de Granada

Sólo humo

Mata más el tabaco que las guerras. Las cifras aparecen detalladas en un revelador libro del historiador Allan M. Brandt sobre el siglo del cigarrillo, ese objeto cotidiano cuyo consumo crece entre los jóvenes.

Los mayores criminales del siglo XX no fueron ni Hitler, ni Stalin ni Mao Ze Dong, ni las peores mortandades las causaron las dos guerras mundiales o las epidemias masivas. El criminal más dañino, el virus más letal, ha sido el cigarrillo, cuya edad de oro coincide casi exactamente con ese "siglo corto" del que hablan los historiadores, que va de 1914 a 1989, del comienzo de la Primera Guerra Mundial a la caída del muro de Berlín. Fue precisamente en la guerra del 14 cuando se generalizó el hábito de fumar cigarrillos manufacturados industrialmente, menos populares hasta entonces que el tabaco de pipa o los puros, incluso que el tabaco mascado. Cabe la posibilidad de que, dentro de un siglo, la idea de fumar cigarrillos en lugares públicos parezca tan repulsiva y tan improbable como nos parece a nosotros la de masticar tabaco y escupir saliva marrón, bien en recipientes situados al efecto o simplemente en el suelo, como observó Dickens que se hacía en Washington.

La Primera Guerra Mundial empezó en el siglo XX y trajo la costumbre de fumar cigarrillos, igual que la mucho menos perjudicial de llevar reloj de pulsera.

Un año antes de la caída del muro, en 1988, se estableció la evidencia irrefutable de que la nicotina es una sustancia altamente adictiva. Hasta entonces, las compañías tabaqueras lo habían negado con todo lujo de argumentos de aparición científica, igual que negaron durante muchos años y ocultaron lo que ya sabían, que el tabaco mata. Mató en el siglo XX a unos cien millones de personas y sigue matando cada año, sólo en Estados Unidos, a medio millón: más que el sida, las drogas ilegales, el alcohol, el suicidio y el homicidio juntos.

Las cifras están en un libro muy reciente, *The cigarette century*, del historiador Allan M. Brandt, que en seiscientas páginas en una enciclopedia alucinante de todo lo que puede saberse sobre ese objeto cotidiano y trivial que en un país como España sigue estando casi en todas partes, en tantas menos que gesticulan, en los labios de tantas personas que apenas reparan en él, pero que sufrirían un grave contratiempo si no lo tuvieran, consumido y tirado por el suelo en cualquier acera, deseado o añorado, maldecido.

En las películas de la edad dorada de Hollywood, las mujeres más hermosas sostenían cigarrillos y expulsaban despacio el humo para ser más seductoras, y los hombres para ser más viriles.

En los años veinte, en el mundo convulso al que habían regresado convertidos en fumadores los veteranos de la Primera Gran Guerra, los cigarrillos eran un símbolo de la emancipación femenina, igual que las faldas y las melenas cortas y los labios pintados de rojo. Algo en sí mismo es casi nada, que se disuelve rápidamente en humo y ceniza, podía serlo todo: la masculinidad, el desafío sexual, la libertad de costumbres, la ruptura con lo establecido. Gángsteres y escritores posaban con un cigarrillo en los labios. Alguien que pedía fuego estaba sugiriendo, ofreciendo o solicitando algo más. No fumar, para un hombre, era no ser hombre del todo.

En las revistas ilustradas y en los anuncios de televisión de los años cincuenta aparecían médicos con bata blanca aconsejando ciertas marcas de cigarrillos.

El tamaño del negocio de la ceniza y el humo ha sido y es inconcebible: casi tanto como la escala del desastre y el cinismo de las compañías tabaqueras, de los abogados que las han defendido, de los gobiernos y los parlamentos que han sido manipulados y corrompidos por ellas. El libro de Brandt es una crónica de la codicia y del poder corruptor del dinero, más corrosivo que las farsas políticas de Bertolt

Brecha. También un estudio de los mecanismos psicológicos y neurológicos de la adicción, ese fenómeno tan misterioso en virtud del cual un organismo busca obstinadamente su propia destrucción, o de la no menos misteriosa capacidad humana para el autoengaño.

El siglo de los cigarrillos ha sido también el de la publicidad.

No habría llegado a ser tan poderosa sin las montañas literales de dinero de los anuncios de tabaco, que han asociado embusteramente su consumo a todos los espejismos de la vida moderna: a la salud, a la juventud, al deporte, a la creatividad, al éxito.

Viene siendo un siglo letal, pero va a ser mucho más largo: el descenso del consumo de cigarrillos entre los adultos de Europa y de Estados Unidos se compensa con su crecimiento aterrador entre la gente joven y en los países atrasados o emergentes.

Uno termina el libro con una mezcla de gratitud por todo lo que ha aprendido, de resignación y de ira. Una de las pocas cosas que se pueden afirmar con seguridad del siglo XXI es que los cigarrillos matarán en él a muchas más personas de las que mataron en el XX.

Antonio Muñoz Molina
Revista *Muy Interesante*, nº 319
(Diciembre de 2007)
Con autorización del autor



El mejor tratamiento es la prevención y la mejor prevención es el tratamiento

Vale más una imagen que mil palabras...

Fumar es la principal causa evitable de enfermedad y muerte. Pero el tabaco continúa siendo consumido por cerca del 30% de la población de los países desarrollados y, año tras año, una parte considerable de jóvenes inicia su consumo. ¿Cómo podemos superar esta contradicción entre la evidencia científica y la realidad? ¿Qué podemos hacer para evitar que cerca del 50% de los fumadores mueran a causa del tabaco? Actualmente hay 5 millones de muertes cada año y habrá cerca de 10 millones en 2030. La respuesta a estas preguntas es, en teoría, simple. Es necesario disminuir el número de fumadores, tratando a las personas que fuman y previniendo la iniciación de los que todavía no han empezado. Pero, en la práctica, esta respuesta es difícil. Las estrategias que utilizamos para tratar a los fumadores y para prevenir la iniciación tabáquica no han sido tan eficaces como sería deseable.

Las cuestiones que planteamos aquí vienen preocupando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde hace más de 20 años. Para buscar respuestas, la OMS lanzó, entonces, un programa de control del tabaquismo. Según el profesor Costa e Silva, en aquella época responsable de la Dirección de Salud Mental y Enfermedades No Contagiosas de la OMS, el primer gran desafío fue encontrar una forma eficaz de comunicar a la opinión pública que el tabaco y la salud son incompatibles. El nombre escogido para el programa, "El tabaco o la salud", refleja esta idea. Pero hacía falta algo más para llegar de forma eficaz al público en general. Un equipo multidisciplinar, encargado de estudiar las mejores respuestas, propuso la progresiva reglamentación del comportamiento de los fumadores en los espacios públicos como la mejor estrategia para alcanzar el referido objetivo. Desde entonces, las normas que limitan o prohíben el consumo de tabaco han demostrado su eficacia en el control del tabaquismo y han sido ampliamente difundidas. Esta estrategia tiene implícito un principio importante:

"Comunicar mediante normas y actos es más eficaz que comunicar mediante palabras."

La limitación del espacio donde se puede fumar se sitúa conceptualmente en el plano macrosocial y se traduce en la práctica en medidas legislativas. ¿Será posible trasladar esta estrategia del nivel macrosocial al microsociedad? O sea, ¿de los espacios públicos y lugares de trabajo a los espacios pri-

vados de la familia (por ej.: domicilios y automóviles)? ¿Creemos que sí! Esta convicción proviene de dos fuentes. Por un lado, la experiencia clínica, donde cada vez encontramos más fumadores de entre 30 y 40 años que quieren dejar de fumar motivados directa o indirectamente por sus hijos. Por otro lado, los resultados de una línea de investigación que apuntan al comportamiento de los padres y las normas que establecen sobre fumar, como determinantes en la intención de fumar y en la iniciación tabáquica de los hijos.

Antes de defender la hipótesis de que los padres influyen en los hijos es relevante resumir lo que sabemos sobre la iniciación del tabaquismo:

- La mayoría de los fumadores empieza a fumar durante la adolescencia y el pico de la iniciación ocurre entre los 14 y los 16 años (Santos y Barros, 2004; US.DHHS, 1994).
- Cuanto más precoz es la iniciación, más grave será la futura dependencia y más difícil será dejar de fumar (Breslau y Petersen, 1996).
- Basta fumar algunos cigarrillos para que los jóvenes manifiesten señales de dependencia (DiFranza et al., 2002 & 2000).
- Las estrategias convencionales de educación para la salud y de prevención de la iniciación tabáquica desde la escuela no han alcanzado los resultados esperados (Peterson et al., 2000; De Vries et al., 2006).*

En vista de estos conocimientos parece ser necesario comprender mejor el proceso de iniciación, dirigir las medidas de prevención principalmente hacia los jóvenes y colocar la primera línea de la intervención preventiva antes del inicio del comportamiento.

Durante mucho tiempo, la hipótesis de que los padres podían influir en la intención de fumar y en la iniciación del hábito tabáquico de los hijos no fue apoyada por los investigadores. Pero, más recientemente, una nueva línea de investigación, que redefinió conceptos, aplicó nuevas metodologías de análisis de los datos y analizó datos recogidos preferentemente en estudios longitudinales, obtuvo resultados que apoyan la hipótesis de que los padres influyeron en el comportamiento de los hijos (Bricker et al., 2006 & 2007; De Vries, 2006).

Es en este contexto donde surge la idea central de este artículo:

"Prevenir la iniciación y la dependencia de los hijos pasa también por tratar la dependencia de los padres y otros adultos. Y viceversa."

Estas dos vertientes pueden integrarse fácilmente y posibilitar el alcance de resultados positivos en los dos frentes principales del control del tabaquismo: la prevención y el tratamiento. Si los padres no fuman o dejan de fumar y si no permiten el uso de tabaco en su casa y en su coche, menos jóvenes comenzarán a fumar. Si los hijos motivan a los padres a dejar de fumar y a implementar reglas que limiten o impidan el humo de tabaco en los espacios privados de la familia, tendremos más adultos que dejarán de fumar.

Para que esta idea se concrete en la realidad, además de los padres y de los hijos, es necesario implicar también a los profesionales de la salud y a los profesores. Y así terminamos, apelando a los profesores a que integren en su trabajo la prevención del tabaquismo, utilizando como estrategia, entre otras, la movilización de los jóvenes para que motiven a sus padres a dejar de fumar y a no permitir que se fume en sus casas y coches privados. A los profesionales de la salud, teniendo como primer objetivo motivar a los fumadores a dejar de fumar, les cabe evidenciar o reforzar la idea de que el comportamiento de los padres influye en la iniciación tabáquica de los hijos y, también, que la norma de no fumar en casa y en los coches de la familia puede contribuir a que sus hijos no sean fumadores (Macedo y Precioso, 2004; Precioso, 2006; US EPA; American Academy of Pediatrics).

Paulo Duarte Vitória^{1,2}
Sofia Belo Ravara^{1,2}
José Manuel Calheiros^{1,2}

1 Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Portugal
2 Sociedade Portuguesa de Tabacologia

* En Europa el proyecto ESFA obtuvo resultados contradictorios. Pero cabe subrayar aquí que Portugal y España obtuvieron resultados significativamente positivos en ese proyecto.

Calendario de congresos, cursos y jornadas

Roma / 23 a 26 de septiembre de 2008

10th Society for Research on Nicotina and Tobacco (SRNT)
 Más información en: www.srnt2008Brine.com

Octubre-noviembre de 2008

II Conferencia Latina Virtual. "Uso de drogas y salud pública: prevenir riesgos y reducir daños"
 Organiza: Grup Igja
 E-mail: info@clat-virtual.com
 E-mail: info@clat-virtual.com
 Más información en: www.iclat-virtual.com

Guarujá, São Paulo (Brasil) / 8 a 10 de octubre de 2008

V Conferencia de INEBRIA: "Problemas de alcohol y drogas en los países en vías de desarrollo: el rol de las intervenciones breves en la prevención y el tratamiento"
 Organiza: Red Internacional INEBRIA (International Network on Brief Interventions for Alcohol Problems)
 Teléfono: 93 551 3610
 E-mail: inebria.cat
 Más información en: www.inebrialatina.org/inebriaconference2008

Barcelona / 9 y 10 de octubre de 2008

Congreso Internacional sobre Cannabis y Psicosis en Adolescentes y Adultos
 Organiza: Benito Menni Complex Asistencial en Salut Mental (Benito Menni CASM)
 Lugar de celebración: Sant Boi de Llobregat / "Can Massallera", calle Mallorca núm. 30
 Teléfono de la Secretaría Técnica: 93 510 10 05 / Fax: 93 510 10 09
 E-mail: congresos.barcelona@viajesiberia.com
 Más información en: www.cannabisypicosis.com

Valencia / 9 a 13 de octubre de 2008

XXXVII Congreso Nacional de Alcohólicos Rehabilitados de España
 Organiza: Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE)
 Lugar de celebración: Oropesa del Mar (Castellón)
 Teléfono de información: 915 401 129
 E-mail: fare@fare.es
 Más información en: www.fare.es/

Alicante / 13 a 15 de noviembre de 2008

IX Escuela de Otoño de Socidrogalcohol
 Organiza: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, las Toxicomanías y otras Dependencias (Socidrogalcohol)
 Lugar de celebración: Benidorm, Alicante (Hotel Meliá Benidorm)
 Teléfono de la Secretaría Técnica: 963 155 788 // Fax: 963 155 780
 Más información en: <http://socidrogalcohol.org/>

Mumbai (India) / 8 a 12 de marzo de 2009

World Conference on Tobacco or Health (WCToH)
 Más información en: www.14wctoh.org

Imágenes que hablan por sí solas



Índice

- 01** *El editorial*
Tabaco, adicciones y salud mental
- 01** *La experiencia*
Rehabilitación respiratoria
- 02** *Crítica literaria*
Fumar para contarlo
- 02** *Carta de una paciente*
Adiós, amigo mío
- 02** *Concurso de dibujo*
- 03** *Firma invitada*
Sólo humo
- 04** *Desde Portugal*
El mejor tratamiento es la prevención y la mejor prevención es el tratamiento
- 05** *La opinión del experto*
"Craving", impulsividad y adicción al tabaco
- 06** *La actualidad de la formación*
Calendario de congresos, cursos y jornadas
Imágenes que hablan por sí solas

Sabías que...

...las diminutas cadenas de los hábitos son generalmente demasiado pequeñas para sentir las, hasta que llegan a ser demasiado fuertes para romperlas.

Samuel Johnson (1709-1784)
 Crítico y escritor británico

Edita



**HOSPITAL
DE SANTA MARIA**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Colaboran



Universitat de Lleida