

FACTORS SOCIALS I CULTURALS EN EL TABAQUISME

JOSEP VAQUÉ i LLUÍS SALLERAS

Institut d'Estudis de la Salut. Servei de Promoció de la Salut.
Departament de Sanitat i Seguretat Social.
Generalitat de Catalunya.

Introducció

El tabaquisme és una drogodependència que cada dia rep més atenció com a factor de risc de múltiples malalties. Les repercussions del consum de tabac sobre la salut humana constitueixen un motiu de creixent preocupació a tots els països del món, per les importants i negatives conseqüències tant sanitàries com socials que se'n deriven. L'increment de mortalitat i morbiditat, així com els costos directes i indirectes han estat estudiats recentment a Catalunya,¹ juntament amb la patologia tabàquica;² en aquests treballs el lector interessat podrà trobar abundants referències bibliogràfiques. A nivell d'Europa, l'Organització Mundial de la Salut dins l'estratègia de «Salut per a tothom l'any 2000» ha fixat 83 objectius que tots els països i regions d'Europa haurien d'assolir;³ l'objectiu número 42 referent al tabaquisme diu: «A l'any 1990, el consum de tabac a tots els països s'hauria d'haver reduït almenys el 50 %, i a cada país almenys el 80 % de la població serà no fumadora». Sens dubte, el fet desencadenant de la lluita antitabàquica fou el primer informe del «Surgeon General's» als Estats Units, publicat ja fa vint anys (1964), el qual desvetllà l'atenció sobre aquesta problemàtica. Posteriorment els diversos informes del «Department of Health and Human Services» del Govern Federal americà aprofundiren notablement en el tema.

El tabaquisme és una addicció sòlidament arrelada i acceptada a la nostra societat, per això la lluita antitabàquica topa amb enormes dificultats. Els condicionaments socials que afavoreixen el consum de tabac es troben a tot arreu i fan difícil l'elecció individual. El fet individual de fumar es troba influït per una multiplicitat de factors que en interrelació el converteixen en un problema social i cultural. La majoria de la gent comença a fumar per raons psico-socials diverses i continua fumant per necessitats psico-fisiològiques individuals.

Avui dia el tabaquisme forma part del prototipus d'estil de vida no saludable o de comportament personal no sa. En el creixent capítol de la patologia de l'estil de vida, el tabaquisme s'hi troba a la primera pàgina. L'individu, hom diu, ha d'ésser responsable de la seva pròpia salut; ha d'assumir la promoció i protecció, en primera instància, de la seva salut. El concepte de «l'estil de vida individual» com a circumstància originària de la malaltia, en el cas del tabac podria ben bé ésser canviat, almenys

inicialment i en el nostre ambient, com a «estil de vida de la societat», ja que l'individu difícilment pot assumir plenes responsabilitats sobre la seva salut, quan l'envolta un núvol de condicionants socials i culturals que no li permet, ni facilita, de copsar-se ell mateix.

Com a *condicionaments socials, culturals i econòmics* que afavoreixen el tabaquisme tenim:

- Una legislació favorable a la producció i venda de tabac. El tabac és una droga plenament legal, amb una fàcil disponibilitat d'adquisició i un extens suport publicitari. S'ha d'ésser conscient, però, de les dificultats d'aplicar una política legislativa limitadora del consum del tabac, ja que les regulacions no poden forçar la realitat social i dissortadament l'estructura social, com hem dit, accepta àmpliament el tabaquisme.

- Una política sanitària que no ha tingut cura de la promoció de la salut fins fa ben poc, i a la qual resta per fer una ingent tasca en matèria de cultura de la salut. Aquesta cultura és imprescindible per tal d'arribar a modificar les actituds de la població envers conductes més sanes.

- L'escassa sensibilització actual de les persones i col·lectius que actuen com a models socials (polítics, metges, mestres, esportistes, etc.).

Els *condicionaments individuals* que actuen dins la dinàmica social intervenen en l'inici de l'hàbit i en el seu manteniment. Els *factors d'inici* poden ésser variats: la curiositat, la rebel·lia a les regles imposades, el seguir els models adults, la pressió del grup, la recerca de noves sensacions, etc. Els *factors de manteniment* són de tipus farmacològic, com la dependència de la nicotina, i de tipus psicològic.

En el decurs d'aquesta exposició farem uns comentaris als factors socials i culturals que es troben relacionats amb l'hàbit tabàquic, sense pretendre entrar en una explicació de les raons de l'hàbit.

El tabaquisme a Catalunya

El consum de tabac

Si bé hom disposa de dades del consum de cigarrets a Espanya des de 1957, les dades referents a Catalunya no són disponibles fins a l'any 1973. Les vendes de cigarrets a Espanya han passat de 28.436 milions d'unitats el 1957, a 71.188 el 1983, amb un increment del 150,3 %, essent l'increment de població per al mateix període del 24,6 %. Per tant, no hi ha dubte que s'ha produït un increment extraordinari del consum de tabac per part de la població espanyola. En relació al consum per càpita l'any 1935, Espanya és el país europeu que ha tingut un increment més notable.⁴

A Catalunya s'observa que el consum de cigarrets per habitant adult es manté estacionat aquest darrers anys (Taula núm. 1).

Prevalença de l'hàbit de fumar a Catalunya

El fenomen del tabaquisme s'ha començat a estudiar recentment a Catalunya. Un important estudi de camp fou realitzat pel Departament de Farmacologia de la Universitat Autònoma de Barcelona.^{5,6} A la Taula núm. 2 es resumeixen els resultats

TAULA 1. *Evolució del consum de cigarrets a Espanya i Catalunya*

Anys	Espanya		Catalunya	
	Vendes de cigarrets en milions unitats	Cigarrets per habitant major de 15 anys	Vende de cigarrets en milions unitats	Cigarrets per habitant major de 15 anys
1957	28.436	1.354		
1960	33.490	1.567		
1963	35.284	1.635		
1966	45.726	2.013		
1970	52.288	2.194		
1971	53.134	2.202		
1972	54.254	2.221		
1973	57.756	2.336	9.915	2.450
1974	62.148	2.484	10.223	2.476
1975	59.274	2.341	9.704	2.304
1976	64.067	2.503	10.448	2.434
1977	67.663	2.608	11.336	2.592
1978	64.058	2.443	10.278	2.306
1979	71.042	2.678	11.692	2.576
1980	71.001	2.647	11.517	2.492
1981	64.742	2.411	10.172	2.295
1982	69.174	2.557	11.158	2.511
1983	71.188	2.618	11.250	2.526

Font: Tabacalera, S.A. Servicio de Estudios. Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona. Boletín de Estadística y Coyuntura.

TAULA 2. *Consum de tabac entre els estudiants de medicina de la UAB*

	Nombre de cigarrets/any per persona		Percentatge de fumadors del total dels estudiants	
	1974	1978	1974	1978
Nois	2.593	2.868	52 %	69 %
Noies	1.809	2.652	54 %	71 %

Font: Referències 2 i 3.

referents als estudiants de medicina; hom hi pot observar l'increment registrat, entre els anys 1974 i 1978, en el percentatge de fumadors d'ambdós sexes i en el consum de cigarrets per càpita.

A l'estudi realitzat per R. Mendoza a l'Escola de Formació de Professors d'E.G.B. de la Universitat Autònoma de Barcelona el nombre de fumadors entre els nois fou del 68 %, i del 75 % entre les noies.⁷

Del 15 de maig al 15 de juny de 1982 el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat efectuà una *Enquesta General sobre Drogodependències*,⁸ mitjançant una mostra representativa de la població general de 15 a 64 anys (1500 per-

TAULA 3. *Prevalença de l'hàbit de fumar a Catalunya, 1982.*
Percentatges horitzontals

	HOMES	DONES	TOTAL		
	Fumadors actuals	Fumadors actuals	Fumadors actuals	Ex-fumadors	No fumadors
Població General					
(16-65 anys)	58,0	19,8	37,6	11,3	50,2
Metges	55,1	43,6	52,8	24,7	21,4
Mestres (E.G.B.)	52,3	40,5	45,7	15,3	38,0
Pre-adolescents (12-15 anys)	78,0*	67,9*	75,0*	–	25,0
Joves (16-24 anys)	62,8	60,1	61,7	6,9	30,6

* Fumadors habituals i fumadors esporàdics

sones), i quatre mostres específiques: metges (299), ensenyants (300), joves de 16 a 25 anys (757), i pre-adolescents de 12 a 15 anys (805). (Mostra de població general: disseny polietàpic, selecció de nuclis seguint un procés estratificat aleatori. Error màxim de la mostra del 2,5 % amb un nivell de confiança del 95 %).

A la Taula núm. 3 s'observa que la prevalença de l'hàbit és més elevada en els metges i mestres que en la població general, cosa que és deguda a una major proporció de dones que fumen en aquests grups específics. Cal destacar l'elevada prevalença en els metges cosa que contrasta amb el que succeeix a la majoria dels països els pre-adolescents i joves, fet realment preocupant pel que representa d'incorporació massiva de la joventut catalana a un hàbit nociu i molt penetrant. Aquestes xifres elevades en els pre-adolescents i joves procedeixen de les mostres específiques abans esmentades; en les mostres de població general aitals grups poblacionals donen una prevalença més baixa: 53,5 % de fumadors de 16-24 anys, a l'Enquesta del Departament de Sanitat; 38,5 % per a homes, 37,2 % per a les dones, de 15-24 anys, a l'Enquesta de Salut de l'Ajuntament de Barcelona.¹⁰

Resultats de l'Enquesta General sobre Drogodependències. Tabac, 1982.

Mostra de la població general

– El consum actual es troba significativament lligat a les edats més joves de la mostra i a les classes socio-econòmiques més elevades.

– La relació home-dona quant a consum és de 58 % a 19 %, sense que s'hagin trobat diferències entre províncies.

– Els no consumidors de cap mena de tabac es concentren significativament en estrats de: més edat, classes socials deprimides (Taula núm. 4) i dones, les persones que s'han retirat del tabac són principalment homes d'edat avançada.

– Crida l'atenció la precocitat del començament de l'hàbit. Els fumadors joves han començat molt aviat a fumar. Només els «vells» o fumadors inveterats comencen a fumar a edats primerenques (Taula núm. 5).

TAULA 4. *Tabaquisme segons classe social. Població general*
Percentatges

Classe social	Acomodada i mitjana-alta			Mitjana-baixa i modesta		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Fumadors actuals	44,8	58,0	30,5	33,4	57,8	14,8
Ex-fumadors	11,8	16,5	7,2	10,9	19,6	3,8
No fumadors	42,7	24,7	61,6	54,7	22,0	80,1

TAULA 5. *Edat d'inici del fumar. Població general i Mostra de Joves*
Percentatges

Edat anys	Fumadors de població general			Joves fumadors	Classe social Fumadors de la població general	
	Total	Homes	Dones		Acomod. mitj. Alta	Mitjana Baixa Modesta
5-12	7,4	9,6	1,9	7,1	2,4	11,4
13-15	29,8	32,0	24,1	54,4	29,7	29,8
16-19	41,5	40,6	43,7	36,8	45,9	38,1
20-24	13,8	14,0	13,3	1,7	13,7	14,0
25-29	3,9	1,7	9,5	–	5,2	2,9
30 o més	3,4	1,7	7,6	–	3,2	3,5

TAULA 6. *Nombre de cigarrets fumats al dia. Població general, 1982*
(%)

Nombre	Total	Homes	Dones
1 a 5	14,7	10,3	25,9
6 a 10	19,9	16,7	27,8
11 a 20	40,6	43,8	32,3
21 a 30	10,3	12,3	5,1
31 a 40	3,9	5,2	0,6
més de 40	2,1	3,0	–

– El fumador de cigarrets consumeix, com a moda estadística, un paquet al dia. Les dones fumen a diari la meitat que els homes. Un 16,2 % de la població fumadora de cigarrets supera els dos paquets diaris (Taula núm. 6). L'increment en la quantitat es troba en funció de l'edat: con més edat, es fumen més cigarrets.

– Respecte a les qüestions motivacionals, els eixos desencadenants de l'hàbit són tres: la imitació d'iguals, la influència de models adults i la curiositat. No pos-

TAULA 7. *Grau de preocupació pels efectes del tabac. 1982 i 1983 (%)*

Grau	Població general 1982		Metges fumadors 1982	Joves fumadors 1982	Pre-adolescent* 1982	Població general fumadors 1983
	Fumadors	Ex-fumadors				
Nul·la	45,0	43,6	34,2	40,5	30,1	42,3
Lleugera	27,7	16,6	15,2	32,5	26,3	21,7
Moderada	16,3	16,6	27,2	16,9	17,3	21,9
Molta	10,3	21,9	23,4	9,6	24,4	13,4

* Fumadors esporàdics i no fumadors

seeixen rellevància en les respostes emeses: el plaer, els nervis, la rebel·lia i la publicitat. De forma reduccionista hom pot dir que el fumar s'inicia com un *desig d'ésser adult*, emprant usos i símbols d'aquest *status*. La mostra femenina no es distingeix de la masculina en els motius d'inici de l'hàbit, malgrat que per a elles el tabac com a *alleugeridor de la tensió nerviosa* té el doble d'importància.

– Encara que no es pot parlar d'absència de preocupació en els fumadors actuals, la seva intensitat es francament baixa (Taula núm. 7).

– La pressió mèdica per a deixar el tabac és important. És més freqüent en el cas dels homes i en edats avançades. Es dona més en les persones de classes socials baixa i modesta (Taula núm. 8).

Mostra de metges

– Entre els metges hi ha un percentatge més elevat de persones que fumen en relació a la mostra general i a la dels ensenyants, en canvi és menor el percentatge de metges que no han fumat mai (Taula núm. 3). El percentatge d'ex-fumadors és superior al de les altres mostres. Entre els metges s'observen percentatges superiors de portar més temps fumant.

– El 32,3 % dels metges fumen davant llurs malalts: significativament es tracta dels molt fumadors. El 10,8 % dels metges ofereix tabac als seus malalts.

– El grau de preocupació és major que en la població general i la mostra d'ensenyants (Taula núm. 7). Els metges joves manifesten major preocupació.

TAULA 8. *¿El metge li va dir que deixés de fumar? 1982*
(%, en població general, fumadors)

	CLASSE SOCIAL						
	Total	Homes	Dones	Acom. M.alta	Mitj.– Mitjana	Mitj.– Baixa	Modesta
Si	32,8	35,7	25,3	21,8	29,9	35,5	48,0
No	67,2	64,3	74,7	78,2	70,1	64,5	52,0

Mostra d'ensenyants

– Existeix un percentatge superior de professors que fumen respecte a la mostra general, que no és significatiu. El percentatge de no fumadors és significativament menor que en la mostra general (Taula núm. 3).

– S'observa un major consum de tabac en els col·legis oficials que en els privats essent la diferència significativa.

– Existeix una correlació positiva entre hàbit de fumar, consum d'alcohol i consum de drogues en general. A mesura que s'incrementa el consum d'alcohol el grau de preocupació pels efectes de fumar va disminuint.

Mostra de joves (16-24 anys)

– El percentatge de joves que fumen és pràcticament el doble que el dels adults. No hi ha diferències significatives entre homes i dones. A mesura que augmenta la grandària de l'hàbitat (localitat) augmenta l'hàbit de fumar.

– Existeix una correlació positiva entre l'hàbit de fumar, el consum d'alcohol i el consum de drogues.

– L'inici de l'hàbit es produeix entre els 13 i 15 anys (Taula núm. 5). A la mostra general el major percentatge es dona entre els 16 i 19 anys. Les dones comencen a fumar més tard que els homes. Els joves fumadors de més de 20 cigarrets al dia comencen a fumar entre els 5 i 12 anys. Els joves que més quantitat d'alcohol ingereixen són els que comencen a fumar més aviat, el mateix succeeix amb les drogues.

– Les qüestions motivacionals del començament de l'hàbit són: la imitació d'iguals, la curiositat i el plaer. No tenen rellevància les respostes emeses sobre: la publicitat, alleujar la tensió nerviosa, la rebel·lia i l'augment de l'atractiu personal vers l'altre sexe.

– Grau de preocupació pels efectes nocius del tabac: Als joves fumadors de més d'un paquet de tabac/dia no els importen de cap manera els efectes del tabac (Taula núm. 7). El percentatge de joves que consumeixen més elevades quantitats d'alcohol i als qui no preocupa gens els efectes del tabac és superior.

Mostra de pre-adolescents (12-15 anys)

– El percentatge de pre-adolescents que han provat el tabac és elevat (75 %). De forma significativa la població de nois fumadors es distribueix segons els següents estaments: homes, nois de més edat (14-16 anys) i nois de classe baixa/mitjana. Les noies i els nois de menor edat (11-13 anys) són els que significativament declaren no haver fumat mai. Hi ha una correlació lineal i positiva entre el consum d'alcohol i de drogues i el fumar.

– Significativament els homes comencen a fumar més aviat que les dones. Actualment es comença a fumar a edats més joves. El 67 % dels nois compresos entre els 11 i 13 anys fumen o han fumat algun cigarret entre els 5-10 anys; en canvi, només el 42 % dels nois compresos entre 14 i 16 anys comencen a fumar entre els 5-10 anys.

– Un 25 % dels nois fumadors ho fan amb una freqüència setmanal, la resta consumeix tabac menys freqüentment. Significativament els segments que més fumen són: els homes, els nois més grans (14-16 anys) i els nois d'origen familiar immigrant.

La menor freqüència de consum de tabac es dona a: les dones, els nois més joves (11-13 anys) i els d'origen familiar català (Taula núm. 9). Un 82 % de la mostra de nois fumadors consumeix d'1 a 3 cigarrets dia, en un dia de consum. Amb l'augment d'alcohol i de drogues augmenta de forma significativa el nombre de cigarrets consumits al dia.

– Qüestions motivacionals: les raons per les quals els nois fumen són de tres tipus: 48 % socials («per passar el temps, t'inviten els amics, per tenir alguna cosa a les mans»), 19 % organolèptiques («m'agrada, pel gust»), imitació/pressió/model d'adults, el 12 %. Les noies i els nois més joves (11-13 anys) manifesten de forma significativa motius socials. Les qüestions emotives («per relaxar-me, perquè estic preocupat, per avoriment, per oblidarme de problemes») són manifestades significativament per: nois, nois més grans (14-16 anys) i nois de classe social baixa.

– La mostra s'inclina vers graus de dèbil preocupació pels efectes del tabac (Taula núm. 7).

L'Enquesta de Salut de l'Ajuntament de Barcelona, realitzada l'any 1983, amb una mostra representativa de 1845 persones (10,11) ha permès constatar una diferència de comportament entre homes i dones. Un 48,9 % dels homes de Barcelona de més de 14 anys són fumadors habituals. El 29,2 % són no fumadors o fumadors ocasionals i un 21,9 % es consideren ex-fumadors. Respecte a les dones les xifres respectives són: 12,1 %, 77,1 % i 5,9 %.

Entre els homes, la màxima prevalença de fumadors de cigarrets es registra a les cohorts de 25 a 34 anys, amb un 55,3 % de fumadors, i va disminuint a mesura que augmenta l'edat. Per les dones el màxim se situa en el grup de 15 a 24 anys (37,2 %).

TAULA 9. *Mostra escolar. Nombre de cigarrets diaris consumits*

		Total mostra escolar X	Total fumadors escolars X
Sexe	Home	1,05	1,33
	Dona	0,59	0,88
Edat	11-13 anys	0,19	0,27
	14-16 anys	1,81	2,18
Origen	Autòcton	0,83	1,10
	Immigrant	1,25	1,69
	Mitjana-baixa	0,90	1,16
Classe social	Alta/mitj.-alta	1,32	1,83
	Públic	0,70	0,93
Col·legi	Privat	1,10	1,33
TOTAL		0,89	1,19

La prevalença del tabaquisme a Barcelona ciutat observada en l'enquesta del Departament de Sanitat i en la de l'Ajuntament s'exposa a la Taula núm. 10. L'enquesta de la Generalitat registra una major taxa de fumadors en actiu, i l'enquesta de l'Ajuntament una major prevalença d'ex-fumadors i de no fumadors. Un factor que pot haver influït en els baixos nivells de fumadors detectats per l'enquesta de l'Ajuntament podria haver estat la Campanya antibàquica desplegada pel Departament de Sanitat el mes de febrer de 1983,¹² coincidint per tant amb la realització de l'enquesta (del 23 de gener al 6 de juny de 1983).

Per classe social l'enquesta del Municipi ha demostrat diferències més grans entre les dones que en els homes. En els homes la taxa més baixa correspon als estrats socio-professionals més elevats, i en les dones en l'estat social més modest (Taula núm. 11).

En l'enquesta de segona onada de test de la campanya antibàquica, realitzada pel Departament de Sanitat, en el decurs del mes de juny de 1983 (1000 entrevistes), població de 16 a 65 anys (d'acord amb un disseny polietàpic de la mostra i un

TAULA 10. *El tabaquisme a la ciutat de Barcelona*
(%)

	Enquesta dept. sanitat* (maig-juny 1982) ¹			Enquesta ajuntament (gener-juny 1983) ²		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Fumadors	39,6	55,0	25,6	31,6	48,9	17,1
Ex-fumadors	11,7	19,2	4,9	13,0	21,9	5,9
No fumadors	48,1	25,4	68,7	55,3	29,2	55,3
Base	505	240	265	835	1010	1845

* Campanya antibàquica: febrer de 1983.

¹ Font: Enquesta general sobre Drogodependències, 1982. Generalitat de Catalunya.

² Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 1983. Ajuntament de Barcelona.

TAULA 11. *Fumadors de cigarrets per sexe i classe social. Barcelona*
Població més gran de 14 anys. Taxes específiques per 100 persones (taxa ajustada)

	HOMES	DONES
Directius Administració		
Propietaris d'empreses	39	26,2
Tècnics superiors		
Quadres intermedis		
Administratius	48,1	20,5
Treballadors qualificats	45,8	14,9
Treballadors semiqualicats	51	12,7
Treballadors no qualificats	30	9,5

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 1983. Ajuntament de Barcelona

procés de selecció estratificat aleatori), no s'han observat diferències significatives respecte les dades de prevalença de l'enquesta de l'any anterior. El grau de preocupació ha variat en el sentit que, si a l'enquesta de l'any 1982 s'observà que només el 26,6 % dels fumadors estaven preocupats pels efectes nocius del tabac, a l'enquesta de 1982 la xifra ha pujat fins el 35,3 % (Taula núm. 7) essent l'impacte important en les dones (la relació home-dona respecte a una preocupació moderada era 17,7 %-12,7 % al 1982, i és de 20,4 %-27,4 % el 1983).

A tres mesos de la Campanya antitabàquica el nivell de recordació espontània era del 74 %, amb diferències significatives respecte: homes (81 %), joves de 16-24 anys (84 %), joves de 25-34 anys (81 %), classes socials acomodada-mitjana alta i mitjana-mitjana (92 % i 83 % respectivament), més impacte entre fumadors i ex-fumadors que en els no fumadors. Els mitjans informatius de la Campanya més recordats foren: televisió (47,5 %), cartells (34,8 %), tanques al carrer (19,4 %) i anuncis als periòdics (13,8 %).

El consum de tabac negre manifestà una disminució notable (-28,5 %) durant el mes de la Campanya, però als dos mesos la xifra s'havia recuperat. Quant al tabac ros va disminuir idènticament en un 11,29 % però la recuperació fou molt ràpida. A més s'ha de tenir en compte que el mes anterior a la campanya s'incrementà el preu del tabac.

Cal esmentar el treball de R. Mendoza i col·laboradors¹³ que estudia els determinants del consum de tabac en una mostra de 3.066 escolars d'11 a 14 anys de la ciutat de Barcelona. Els resultats mostren que el 63 % dels nens enquestats (edat mitjana: 12,7 anys) han fumat alguna vegada o amb certa freqüència.

En el recent *Simposi sobre el Tabaquisme i la Salut als Països Sud-Europeus*, celebrat a Barcelona,¹⁴ s'han presentat nombrosos treballs sobre el consum de tabac i la prevalença del tabaquisme en centres sanitaris i centres escolars de Catalunya, que permeten endevinar un creixent interès pel tema.

Factors socials i culturals

Dins la nostra societat existeixen un conjunt de factors socials i culturals que estimulen i condicionen el consum de tabac, i davant els quals l'individu respon adoptant una actitud i un comportament determinat.

1. La dinàmica social favorable al tabac.

L'status legal del tabac

El tabac és una droga legal amb una fàcil disponibilitat d'adquisició ja que:

– *Té un gran suport publicitari, extremadament eficaç*: El creixent consum de tabac dels últims trenta anys s'explica paral·lelament a l'augment de la influència dels mitjans publicitaris. La publicitat del tabac és un component quotidià estès a tot el país a través dels mitjans de comunicació. La tècnica publicitària ha arribat a fabricar símbols i significats específics per a diversos tipus de tabac: hi ha el cigarret ros «sofisticat», el cigarret modern «americà», el cigarret autòcton «popular», el cigarret «sa i ecològic», etc.

– *Pot trobar-se arreu*: Pot adquirir-se als bars, centres de recreació, llocs i vies públiques, mitjançant les màquines automàtiques, a més dels estancs.

– *Se n'ha expansionat la producció i l'oferta*: La política estatal d'afavorir la producció de tabac dels últims anys (1980-84) junt amb la lleu caiguda o estancament

del consum, ha donat lloc a l'existència d'importants excedents, que obliguen a la introducció de noves marques en el mercat amb el conseqüent llançament publicitari, i a una política de reordenació de la producció amb la concessió de subvencions per al cultiu de tipus més comercials –ros virginia p.ex.– (R. Decret 983/1983, de 9 de maig).

– *S'ofereix a un preu assequible*: Comparat amb altres drogues, el tabac és una droga barata en ella mateixa. El tabac venut a Espanya és el més barat d'Europa, tant en preus absoluts com en relació als salaris. L'elasticitat de la demanda en relació als increments de preu oscil·la entre –0'37 i –0'64, segons R. Peto.¹⁵ Recentment J. Townsend¹⁶ ha informat que els fumadors de classe social baixa redueixen el consum de tabac en resposta als increments de preu, encara que sembla que aquests increments no són regressius sinó que igualen els consums de les diverses classes socials a baixos nivells.

– *Existeix una tolerància i acceptació social del consum de tabac*. El fet de fumar és acceptat a tots els indrets i llocs sense cap retret. Pocs fumadors demaran als companys, o a les persones presents en el lloc on es disposa a fumar, si el fum molesta; més aviat pot succeir tot el contrari, el fumador considerarà intolerable o molesta qualsevol observació que se li faci al respecte. Els no fumadors segons diversos estudis¹⁷ estimen que formen part d'una minoria, tot al contrari del que esmentava un opuscle divulgatiu americà: «Avui dia els fumadors són una *troubled minority*».¹⁸ Existeix una estereotípia normalitzada del fumador com a tipus social característic: el treballador que encén un cigarret en el suposat descans després d'un intens treball, l'home «dur» que no es treu mai el cigarret de la boca, la dona alliberada i activa que fuma continuament, etc.

– *La legislació antitabàquica és feble i difícil d'aplicar*. Per la crisi econòmica no se'n pot limitar la producció, ni la pròpia publicitat. Les regulacions restrictives dels llocs on hom permet de fumar són escassament respectades. La prohibició de venda de tabac als menors de 16 anys tampoc no és respectada. Totes aquestes mesures legislatives, i altres, sense una adequada sensibilització, informació i educació de la comunitat tenen escassa viabilitat; per això calen programes d'actuació globals, que sumin els aspectes legislatius als educatius.

2. Els models socials

Considerem com a models socials aquelles persones que d'una forma o d'una altra influeixen sobre la població amb llurs activitats i conductes, i amb una influència diversa segons l'edat d'aquesta població.

Un elevat nombre de persones amb influències diverses sobre la població fuma, i llur conducta serà motivadora d'inici de l'hàbit per a molts nens i adolescents, a l'ensens que reforçant per a molts adults.

Durant l'etapa d'aprenentatge social: Durant la infantesa i l'adolescència existeixen per a l'individu models molt importants d'identificació: pares, educadors, germans grans, els «ídols» juvenils, cantants, actors, etc. El fet que aquestes figures significatives fumin, augmenta enormement la probabilitat que els infants que creixen al voltant s'inclinin molt fàcilment cap a fumadors.

Un llarg nombre d'estudis confirmen que la probabilitat que els nens i adolescents fumin augmenta quan els pares o els germans grans són fumadors. A aquest respecte han estat concloents els estudis realitzats a Noruega.¹⁹ És ben senzill de comprendre que quan en una família el fet de fumar és una cosa corrent, com l'acció

de beure un got d'aigua o de menjar un tros de pa, els fills incorporaran aquest hàbit de forma natural i automàtica.

Per a la població adulta: Existeixen també models socials que reforcen la consolidació col·lectiva de la imatge del fumador (són els personatges polítics, els actors de cinema i molt especialment el personal sanitari, en concret els metges). La imatge que tots ells presenten com a fumadors reforça enormement el consum de tabac com un fet natural i fins i tot imprescindible dins la «normalitat» social.

3. *La manca d'una política de promoció de la salut*

El desplegament d'accions en matèria de promoció de la salut, abastant tant l'educació sanitària com la realització de campanyes informatives i sensibilitzadores, no s'ha iniciat entre nosaltres fins fa ben poc, encara que la tasca per realitzar és immensa. Com hem dit, és necessària una política sanitària global que en el cas del tabaquisme ha de tenir com a fita primordial l'assoliment de l'adequada informació i educació de la població. Es tracta de promoure uns hàbits saludables de vida dins un context de cultura de la salut.

4. *Els determinants de l'inici del fumar*

La forma en la qual l'individu respon als estímuls socials del tabac pot dependre també de diversos factors personals, els quals varien amb el temps. És a dir, no necessàriament són els mateixos motius personals que porten l'individu a fumar, aquells que el mantenen al llarg del anys com a fumador.

S'han plantejat diverses hipòtesis sobre l'existència de condicionants genètics,²⁰ i de factors endocrins i metabòlics en l'inici del fumar, però el camp més estudiat ha estat els dels factors de personalitat. S'ha especulat molt i fins i tot s'han portat a terme múltiples treballs per tractar d'establir un tipus de personalitat estàndard de «fumador». La major part d'aquests treballs s'han fet amb mostres inadequades o massa petites per a poder mesurar si la conducta de fumar tenia realment més a veure amb factors de personalitat o amb altres variables com ara la influència familiar, la pressió del grup d'amics, el *status* socio-econòmic, etc...

Podem dir que existeixen diferències prou significatives en la personalitat dels fumadors respecte als no-fumadors, que sintèticament podrien significar una major tendència dels primers a la recerca d'excitació, necessitat de canvi, de variació o de noves sensacions, la susceptibilitat a la influència dels amics fumadors, l'anticipació a l'edat adulta, la curiositat, la rebel·lia a les regles imposades en la família o a l'escola, etc., encara que no podem afirmar la mesura exacta en la qual aquest factors intervenen en l'inici i perpetuació de la conducta de fumar.

El Comitè Francès d'Educació Sanitària²¹ ha estudiat a fons les connotacions individuals d'inici de l'hàbit:

El procés d'adopció del cigarret en els joves es pot resumir en tres etapes:

- Els nens de 8-10 anys són hostils a la consideració del tabac. En absència de tota explicació assignen al tabac una aurèola de misteri. Aquest misteri junt amb la prohibició que l'envolta, li confereix el *status* que és una cosa essencialment adulta. Vers els 10-13 anys la curiositat supera el sentiment d'horror mesclat amb fascinació que experimentava en veure fumar els adults.

- Als 13-14 anys s'obre una etapa condicionada pel mimetisme i el sistema cultural propi de l'adolescent. L'adolescent aïllat, en busca de la seva identitat, es veu

induït a cercar relacions, a crear-se d'altres pols d'atracció, a estimar o a odiar d'altres persones. Agrupats entre camarades, entre amics, els adolescents reproduiran una micro-societat contrabalanejant la dels adults. Fora de l'escola, de la família, els joves cerquen reconstituir en grup un medi en què les relacions entre individus siguin d'una altra natura, més fraternals i no gens autoritàries.

Es dins aquest quadre que les significacions del cigarret –símbol d'autonomia, signe de reconeixement– es desenvoluparan. Tot seguit tindrà lloc un entrenament dels més joves a càrrec dels més grans.

– L'última etapa correspon a la interiorització de la necessitat de fumar. Després dels 15 anys, la importància del grup disminueix, les satisfaccions orals i socials que facilita el cigarret substitueixen les motivacions pròpies de l'adolescència i s'instal·la l'hàbit que arribarà a ésser una necessitat en ell mateix.

L'atribut adult del cigarret es veu reforçat si els pares són fumadors. El risc que els fills fumin depèn de la posició dels pares fumadors:

– Si els pares són autoritaris en la prohibició del fumar als fills, el risc serà més gran.

– Si els pares són tolerants, el jove més aviat fumarà de forma ocasional.

– Si els pares són fumadors en conflicte, el comportament del fill dependrà de les relacions que mantingui amb ells: podrà ajudar-los a cessar en l'hàbit dins una espècie de complicitat antitabac, podrà convertir-se ell mateix en un gran fumador, fent-los crítiques virulentes.

Evidentment, els pares no fumadors poden tenir fills fumadors, sobretot si mantenen una posició de ferma prohibició. Siguin o no fumadors els pares, el fumar és més corrent entre els fills de les classes treballadores.²²

A Catalunya hem observat que els fills de famílies amb uns ingressos baixos tenen tendència a començar a fumar més aviat que els d'altres classes socials, i també a consumir més quantitat de tabac, cosa que així mateix es dona en els fills d'immigrants.

El fumar en el jove ha estat correlacionat de forma consistent amb unes baixes aspiracions culturals i ocupacionals.²³ S'ha destacat la importància d'aquest fet de cara a la realització de campanyes antitabac orientades als joves,²⁴ ja que cal respectar-ne els valors i interessos, ja que, en cas de no fer-ho, una campanya antitabac pot convertir-se en una companya contra la gent que fuma, produint uns efectes del tot contraris, ja que pot succeir que després d'una campanya s'encoratgi l'hàbit de fumar, degut a una deficient comprensió de la dinàmica del fumar en la joventut. El fumar és un desig d'ésser adult i constitueix un símbol clau, de solidaritat, de pertinença a un grup, d'identitat entre companys, de no acceptació de les rigideses familiars i institucionals. No fumar significa acceptar la societat tal com és, governada pels adults; el jove no fumador aspira a ésser adult demà, no ara, compleix bé el seu paper en la societat, compleix les normes fixades. Generalment les campanyes i programes antitabàquics defectuosament només solen adreçar-se a aquest tipus de jove.

Els esforços per a dissuadir els joves de fumar no han estat massa exitosos. Dues bibliografies sobre recerca en educació sanitària^{25,26} indiquen que els programes antitabac dissenyats per als joves han estat ineficaços. Pocs programes s'han basat en una acurada comprensió dels factors que estimulen el tabaquisme en els joves. Malgrat tot, avui dia s'han produït avanços en la comprensió de la dinàmica del tabaquisme i en les tècniques i metodologies de l'educació sanitària que permeten ésser optimistes.

A Catalunya hom ha constatat la tendència creixent del fumar en la dona encara que no hem trobat cap predomini en les zones urbanes respecte a les rurals. Les interpretacions del fet general són moltes.²⁷ Probablement hi ha un efecte emancipador.²⁸ Fins fa poc el fumar en la dona era un comportament que les normes socials havien prohibit o vedat, i que ara ha deixat de tenir vigència. A molts països desenvolupats la dona fuma cada dia més i consumeix més quantitat de tabac, tot en relació amb el seu nivell econòmic i cultural; cosa que en l'home succeeix en sentit contrari. A Catalunya es compleix la primera part de l'anterior tesi, però quant a la segona les diferències són minses. De totes maneres les tendències més recents en els països desenvolupats són que el tabaquisme s'associa negativament amb el *status* socioeconòmic i la titulació acadèmica, per a ambdós sexes.²⁹

5. *El manteniment de l'hàbit*

A. Damon,³⁰ l'any 1973, després d'estudiar les actituds i pràctiques de fumar en set societats pre-literàries informà que «...la gratificació personal és molt més important que la influència social en el manteniment de l'hàbit de fumar». Aquesta constatació ha estat relacionada³¹ amb les afirmacions de A. Hamburg³² segons les quals «els individus busquen i troben gratificació en aquelles situacions que són avantatjoses per a la supervivència de l'espècie», i que «...els individus eviten i troben stressants aquelles situacions que són altament desavantajoses per a la supervivència de l'espècie», per a plantejar com a natural i quasi essencial la funció del tabac, els components del qual actuarien a través de la supència de determinats mecanismes bioquímics. Aquesta posició que vindria a intentar donar una base biològica tant al tabaquisme com a d'altres drogodependències, deriva del fet cert que el manteniment de l'hàbit de fumar és degut a la gratificació continuada que en produeix el consum.

La tolerància i el comportament repetitiu d'auto-administració d'una droga, caracteritzen un estat de dependència, que en el cas del tabac es produeix per:

La dependència farmacològica. Pels seus efectes sobre el sistema nerviós, l'organisme té necessitat de la nicotina. No és una necessitat natural, que correspongui a un requeriment vital. No existeix en les primeres experiències tabàquiques i es desenvolupa només en el cas dels fumadors regulars, mitjançant l'engedada de sistemes de regulació similars als que controlen comportaments indispensables per a la supervivència, com l'alimentació i la beguda.

Com en la fam i la set, en el cas del tabac l'individu té la sensació d'una manca important, que resol fumant fins que en va disminuint la necessitat i apareix un fenomen de sacietat: les primeres pipades s'efectuen amb gust, després el plaer s'atenua i arriba que es llença la burilla sense disgust. L'individu adaptarà la seva manera de fumar (intensitat de les inhalacions, nombre de pipades) a les necessitats de nicotina. No podrà disminuir la dosi a què s'ha acostumat el seu organisme, sense experimentar molèsties inherents a la síndrome d'abstinència.

La dependència psicològica. Poc temps després de començar a fumar, l'individu aprèn a associar el tabac amb la satisfacció de certes necessitats personals, establint-se d'aquesta manera una dependència de caire psicològic referida a diversos aspectes: l'efecte de relaxació, l'efecte d'estimulació, l'efecte alleugeridor de la tensió, l'efecte reductor de l'ansietat, etc.

La dependència comportamental és també un apartat important. La repetició d'un gest, d'un moviment, acaba per efectuar-se automàticament. Diàriament repetim

de forma automàtica gran nombre d'accions: obrir i tancar una porta, pujar al cotxe, canviar la marxa, etc.

El fet de fumar cigarrets necessita la repetició d'una cadena de gestos: buscar el paquet, treure un cigarret, encendre'l, inspirar, espirar, depositar la cendra, etc., a més de tot el que el fumador pot anar fent amb el cigarret a les mans, i amb el fum, en el decurs dels 7-8 minuts que com a mitjana en dura la combustió. A aquest ritual automàtic se li afegeixen diverses associacions amb les activitats diàries del fumador: encendre el primer cigarret del dia, encendre el primer cigarret en començar a treballar, el cigarret del cafè, el d'invitar els companys, el de després de dinar, el de la sortida del cine, el d'iniciar la conversa amb algun desconegut, etc. En síntesi, existeix un conjunt d'estereotips en el fumar que conformen una estructura ritual individual i col·lectiva en l'hàbit tabàquic. Al voltant del tabac hi ha una veritable cultura del gest i de la relació interindividual.

En les teràpies antitabac les connotacions personals: el cigarret contra l'ansietat, el cigarret contra l'avorriment, el cigarret-plaer, el cigarret per matar la gana, el cigarret-laxant, etc., i les col·lectives: el cigarret de les reunions, junt amb la cultura del gest, s'han de fer conscients per tal d'assolir la cessació del fumar. És essencial el descobriment i la desconexió de tots aquests mecanismes per a aconseguir deixar el tabac.

Bibliografia

1. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. «Informe: El Tabaquisme a Catalunya», Sèrie Promoció de la Salut, Barcelona, 1983.
2. PARDELL, H., AGUSTÍ, A. *Consecuencias del tabaco sobre la salud*. Simposi sobre el Tabaquisme i la Salut als Països Sud-Europeus, Genrealitat de Catalunya, Barcelona, 1984.
3. WORLD HEALTH ORGANISATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Implementation of the Regional Strategy for Attaining health for all in the year 2000*. Regional targets. Doc EUR/RC 33/9, 1983.
4. LEE, R.N. (Edit.) *Tobacco consumption in various countries*. 4^a Edic., Tobacco Research Council, Londres, 1975.
5. LAPORTE, J., GUTIÉRREZ, R., CAMÍ, J., LAPORTE, J.R. *Consumo de drogas de uso legal no médico entre los estudiantes de Medicina de Barcelona*. Comunicació del II^o Congreso Nacional de la Asociación Española de Farmacología. Abs n.º 45, Cadis, 1976.
6. LAPORTE, J., LAPORTE, J.R., CAMÍ, J., DE TORRES, S., MARTÍN, M.L., VALDECASAS, F.G., PLANAS, M.E., CUENCA, E., GIBERT, J., SERRANO, J., BARTOLOME, M., MALLOL, J., ERILL, S., MARTÍNEZ JORDA, R., VILLARÍN, R., BELMONTE, A. *Consumo de drogas en el medio universitario*. Ponencia presentada el IX^o Congreso Internacional sobre prevención y tratamiento de las Drogodependencias, Madrid, 1979.
7. MENDOZA, R. *El tabac com a droga contaminant: Epidemiologia del tabaquisme al nostre país*. Actes del IX^e Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, 2^a Ponència, 1980.
8. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. GENERALITAT DE CATALUNYA. *Enquesta General sobre Drogodependencias*. Barcelona (15 vols. offset), 1982.
9. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON. *Smoking or Health*. Pitman Medical, Londres, 1977.
10. AJUNTAMENT DE BARCELONA, ÀREA DE SANITAT. *Enquesta de Salut de Barcelona*. Subàrea de Salut Pública, 1983.
11. AJUNTAMENT DE BARCELONA, ÀREA DE SANITAT. *La salut de la població de la Ciutat de Barcelona*, 1984.

12. VAQUÉ, J. *El programa de Informació sobre el Tabaquisme de la Generalitat de Catalunya*. JANO, n.º 594, 9-15 Dic. 1983.
13. MENDOZA, R., QUIJANO, S., BATISTA, J.M., VILARRASA, A. *El consumo de tabaco en los escolares de la ciudad de Barcelona: Factores originantes e implicaciones preventivas*. Abstracts, Fifth World Conference on Smoking and Health, Winnipeg, 1983.
14. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT. *Simposi sobre el Tabaquisme i la Salut als Països Sud-Europeus*. Barcelona, 1984.
15. PETO, R. *Price and consumption of cigarettes: A case for interventions?* British Journal of Preventive and Social Medicine, 1974, 28, 241-245.
16. TOWNSEND, J. *Cigarette tax and social class patterns of smoking in the United Kingdom*. Abstracts. Fifth World Conference on Smoking and Health, Winnipeg, 1983.
17. HEALTH AND WELFARE CANADA. *Perception of Smoking Behavior by the Canadian Public*. Ottawa, 1981.
18. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. *The Smoking Digest*. National Institutes of Health, Publication n.º 79-1549, 1979.
19. AARO, L., HALLKNES, A., BERGLUND, E.L. *Smoking among Norwegian Schoolchildren 1975-1980. The influence of the social environment*. Scandinavian Journal of Psychology, 22, 297-309, 1981.
20. FISHER, R.A. *Cancer and Smoking*. Nature, Londres, 1958.
21. COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ. *Parler du tabac*. Paris, 1983.
22. PEARSON, R., RICHARSON, K. *The Smoking habits of 16 years olds in the National Child Development Study*. Public health 1978, 92, 136-144, 1978.
23. SMITH, G.M. *Relation between personality and smoking behavior in pre-adult subjects*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33(6) 710-715, 1969.
24. ECKERT, P. *Beyond the Statistics of Adolescent Smoking*. American Journal Public Health, vol. 73, N.4, 439-441, 1983.
25. BELL, J., BILLINGTON, D.R. *Annotated Bibliography of Health Education Research. Compiled in Britain from 1948-1978*. Edinburgh Scottish Health Education Unit, 1979.
26. CATHERER, A., PARFIT, J., PORTER, E., VESSEY, M. *Is Health Education Effective?* Londres, Health Education Council, 1979.
27. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Smoking for Women. A report of the Surgeon General*. Public Health Service, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland, 1980.
28. REEK, J. *Smoking Behavior in Netherlands from 1958 to 1981*. Abstracts Fifth World Conference on Smoking and Health, Winnipeg, 1983.
29. ONTARIO COUNCIL OF HEALTH. *Smoking and Health in Ontario: A Need for Balance*. Toronto, Ontario, 1982.
30. DAMON, A. *Smoking attitudes and practices in seven preliterate societies. A Smoking behavior: motives and incentives*. Ed. W.L. Dunn, Winston and Sons, Washington, D.C., 219-230, 1973.
31. BOWERS, E., ALLEN, S.E. *Cigarette smoking: Example of Behavioral Regulation of Physiological Homeostasis?* Public Health Reports, Vol. n.2, 108-109, 1984.
32. LEDERBERG, J. *David A. Hamburg, president-elect of AAAS*. Science, 221, 431, 432, 1983.