



Tabaquismo:

Historia, evolución e
impacto social/cultural

Por Priscila Pineda Villegas
Leonel Armas López



Fig.1 Imagen generada mediante IA utilizando el software Midjourney (Midjourney www.Midjourney.Com/Home/?CallbackUrl=%2Fapp%2F, 2023).

1. Introducción

El tabaquismo está catalogado como una adicción consecuencia del hábito de fumar. Es considerado una enfermedad capaz de causar problemas graves de salud. De hecho, es una de las causas de muerte más importantes en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 1,1 millones de personas son fumadores recurrentes. En México, para el año 2000, se estimaron alrededor de 40,000 muertes anuales asociadas al consumo de tabaco. Con estas cifras, el tabaquismo se posicionó como un problema de salud pública grave manifestada en muertes prematuras, altos índices de discapacidad en poblaciones en edad productiva y disminución de la calidad de vida de los mexicanos. A nivel económico, la incidencia de enfermedades agudas y crónicas asociadas al tabaquismo tiene un impacto importante en los presupuestos del sistema

de salud y el producto interno bruto (PIB) por lo cual, se han popularizado las clínicas de tabaquismo y “slogans” como “deja de fumar” (Rubio Monteverde & Rubio Magaña, 2006).

2. Uso histórico

La primera evidencia histórica de la planta de tabaco, fueron hojas fosilizadas de la era del pleistoceno (2.5 millones de años AC) encontradas en Perú en 2010. Se ha identificado que el uso de tabaco inició con los nativos americanos y pobladores del caribe quienes cultivaban las plantas para su uso en ceremonias religiosas. Los sacerdotes aspiraban el humo por la boca para pronosticar suerte de algún emprendimiento hace 10,000 años. En Brasil, le asignaron el nombre de “Petan” y también era empleado por los altos estratos. Para el siglo I dC había cultivos de plantas de tabaco que se extendían en todo el continente americano y, en general utilizaban artilugios en forma pipas.

Los europeos conocieron por primera vez el tabaco ya que fue llevado por los pueblos indígenas en el regreso del segundo viaje de Colón al “Nuevo Mundo” (septiembre de 1493-junio de 1496). Este viaje se centró en las islas del Caribe. Se cree que los españoles que descubrieron Trinidad y Tobago le concedieron el nombre por el habitual uso del tabaco en la isla. Para el periodo de 1518 a 1573 las semillas de la planta fueron llevadas a España, Portugal y Japón. Todo el mundo tuvo acceso al tabaco sin conocer probables beneficios o potenciales riesgos a la salud. Jean Ni-cot de Villemain, embajador de Francia de la corte portuguesa inició el estudio de las propiedades medicinales del tabaco y aportó en la descripción del alcaloide al que nombro

“Nicotina”. A mediados del siglo XVI el tabaco era considerado una planta medicinal.

A principios del siglo XVIII, el tabaco se suministraba en grandes cantidades a los soldados en las guerras mundiales para “aumentar su moral y preparación”. De hecho, cada soldado recibía un kit que contenía goma de mascar, dulces y cigarrillos. Fumar se hizo popular entre las mujeres después de la Primera Guerra Mundial ya que participaron activamente como parte de las fuerzas armadas y tenían acceso a los mismos kits de supervivencia, aunque para ellas contenían también (como producto de primera necesidad) un labial rojo. A partir de ese momento y para la década de los 40’s incluso los presidentes fumaban, era un símbolo de prestigio, poder y riqueza (de Micheli & Izaguirre-Ávila, 2005).

Actualmente sabemos que la nicotina se absorbe fácilmente a través de la piel, las mucosas y los pulmones. La vía de administración más común es la inhalación, donde se absorbe en el plasma a través de las membranas mucosas de la boca y el tracto respiratorio, donde alcanza un nivel suficiente para cruzar la barrera hematoencefálica e interactuar con el resto del cuerpo. En siete segundos induce una sensación de alerta acompañada de relajación muscular provocada por la activación del sistema del núcleo accumbens (estructura cerebral que forma parte de nuestro sistema de placer y recompensa), aumento de la glucemia (glucosa en sangre) y de las catecolaminas (neurotransmisores) el efecto es tan rápido que potencia la adicción. (Escobar Arriaga et al., 2007).

3. Comercialización

En 1847 Philip Morris abrió la primera tienda de cigarrillos enrollados a mano en Reino Unido (UK). Para 1902 una de las marcas que ofrecía en Estados Unidos de América (EUA) era Marlboro y en 1961 se abrió la primera fábrica de cigarrillos en América. En 1881 se patentó la primera máquina de cigarrillos capaz de producir 120.000 unidades por día con lo que creció exponencialmente su venta y consumo. Retomando el papel de la primera guerra mundial, el piloto de misiones de combate Calvin Sanders, declaró que cuando realizó el examen físico de admisión su presión era muy baja, él temía que no lo aceptaran. Cuenta que el Médico encargado le dijo “ve afuera y fúmate un cigarro” al regresar, su presión sanguínea estaba más alta y le dieron el puesto en las tropas de Alemania. Para el año de 1941 se instaló un gran anuncio en el Times Square protagonizado por un piloto exhaland humo de tabaco ya que los pilotos eran los mayores consumidores de tabaco. En el año 1944 se identificó que los pilotos consumían alrededor de ¡4 cajetillas de cigarrillos diario! (Magazine & Graff, n.d.). El primer cigarrillo con punta de filtro apareció en 1949 como respuesta a la presión de algunos fumadores que temían que pudiera causar daños a la salud, aunque las compañías tabacaleras nunca repararon en ello. Para 1960 la mitad de los cigarrillos comercializados tenían filtro y se introdujo el concepto de “light”, haciendo referencia a una menor cantidad de nicotina por cigarrillo (Prevention (US) et al., 2010). Sin embargo, poca evidencia indicaba que el cambio en el diseño de los cigarrillos y sus diferentes versiones pudiera tener una disminución en los “probables” riesgos a la salud.



La publicidad del tabaco en la televisión se prohibió en 1965 y en 1970 se obligó legalmente a los fabricantes de tabaco a imprimir etiquetas de “peligro” en sus cajetillas. Siete años más tarde, las tabacaleras fueron obligadas a invertir millones de dólares en campañas contra el hábito de fumar resaltando los posibles daños a la salud (“History of Tobacco in the World — Tobacco Timeline,” n.d.). Los impuestos al tabaco se aumentaron durante todo este tiempo por razones de costos en salud pública. En 2003 desaparecieron los anuncios de la industria tabacalera en la radio y televisión mexicanas. Esta propuesta se aprobó por unanimidad en el marco del Convenio de la OMS y la Asociación Médica Mundial que al finalizar emite la “Declaración del Médico para el Control Global del Tabaco” (Bianco, 2005).

4. Estatus

Socialmente, el tabaco ganó reconocimiento cuando el embajador francés Jean Nico recomendó el rapé (preparado a partir de las hojas de la planta del tabaco molidas y secadas, habitualmente aromatizadas para su consumo por vía nasal) a la reina Catalina de Médicis como remedio para sus severos dolores de cabeza; de hecho, la reina desarrolló un hábito que se extendió rápidamente entre los nobles de Europa y lo convirtió en una verdadera regla de etiqueta. Esta práctica fue promovida también por el cortesano Sir Walter Raleigh en gran Bretaña. Fumar se convirtió en un signo de nobleza aceptado socialmente en las mujeres de gran poder (las Reinas). Curiosamente, no fue sino hasta 1920 cuando el consumo de cigarro por mujeres fue considerado un símbolo de independencia y diez años más tarde se convirtió en un signo de

sofisticación en la mujer norteamericana. Un ejemplo muy famoso es la imagen de Audrey Hepburn sosteniendo un accesorio para cigarro en *Breakfast at Tiffany's*. Este accesorio fue diseñado para las mujeres de altos estratos que consumían tabaco, para evitar que la ceniza del cigarro quemara sus costosos vestidos. Era de esperarse que en algún momento de la historia se comercializara tabaco “para mujer” y pasó en los 60’s (Rahmanian et al., 2011). Actualmente el consumo de tabaco no se considera un lujo, ni un símbolo de buen gusto o estatus...a menos que hablemos de puros habanos que pueden llegar a costar miles de euros por el proceso artesanal de su producción (Tuku, 2020).

5. Impacto en la salud

Desde hace un par de décadas, diversos estudios han demostrado que el tabaquismo está directamente relacionado con el desarrollo de 29 enfermedades prevenibles, 10 de las cuales son tumores en diversos órganos, incluidos los pulmones. Puede causar envejecimiento prematuro, bronquitis, asma, enfermedades cardiovasculares, EPOC, infertilidad y más. La primera evidencia científica que asoció el consumo de tabaco con algunas enfermedades surgió a principios del siglo XX en revistas médicas, donde se publicaron artículos sobre los efectos negativos del consumo de tabaco. En 1954, el británico Richard Doll publicó un estudio epidemiológico donde evidenció que los fumadores tenían más probabilidades de desarrollar cáncer de pulmón. Ese año, también se publicó otro estudio epidemiológico con más de 4.000 evidencias médicas revisadas por Richard Doll y Austin Hill quienes mostraron un vínculo innegable entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón. En 1964, se publicó el

famoso “Informe del Cirujano General” que detallaba evidencia científica acerca de los efectos nocivos del tabaco, además establecía un vínculo claro entre fumar y la incidencia de cáncer de pulmón en hombres. La información sobre el tabaquismo y su implicación en la salud ha crecido de manera acelerada desde 1964 y se ha aceptado como un factor de riesgo para desarrollar cáncer de todos los órganos y sistemas. Actualmente el tabaquismo es causa del 6% de las muertes anuales en el mundo, o sea que 1 persona muere cada 10 segundos por el consumo de tabaco.

En el 2020 un estudio sobre las consecuencias económicas del tabaquismo en México estima que los costos de atención de las enfermedades provocadas por el tabaquismo ascienden a 116 mil 151 millones de pesos mexicanos, lo que equivale al 9% del gasto anual de salud (Salud, 2020). Por lo que, el gobierno federal estableció que todos los espacios públicos (aún al aire libre) sean espacios 100% libres de humo de tabaco.

6. Desarrollo de alternativas

La política de limitación del consumo comenzó a principios del siglo XX. En el Reino Unido, la venta de tabaco se prohibió a los niños en 1908 y se ampliaron en 1933. La primera clínica para dejar de fumar se abrió en 1958. El CDC (centros para el control y prevención de enfermedades) en 1999 reconoció que “reducir el uso de tabaco” fue uno de los 10 esfuerzos más grandes en salud pública del siglo XX. En 2001, una directiva del Parlamento Europeo prohibió a las empresas tabacaleras utilizar etiquetas llamativas en los empaques de cigarros (Reynales-Shigematsu, 2012) aunque siempre han encontrado la forma de proponer

alternativas: parches de nicotina, vapeadores, cigarros electrónicos, shishas o narguilles y no se ha demostrado que sean menos nocivas para la salud que el consumo de cigarrillos. En 2023, en México la ley General para el Control del Tabaco prohíbe el consumo de tabaco en restaurantes, bares, lugares de recreación y declaró áreas al aire libre como 100% libres de humo de tabaco, incluso prohíbe la exhibición de productos venta la vista en cualquier establecimiento comercial. (DOF - *Diario Oficial de La Federación*, 2023)

7. Conclusión y perspectivas

El uso del tabaco comenzó con nuestros antepasados en eventos ceremoniales, por mucho tiempo fue un símbolo de estatus social. Actualmente se ha demostrado su asociación con enfermedades como el cáncer pulmonar, una de sus consecuencias más severas. En los últimos años, se redoblado los esfuerzos para reducir el consumo de tabaco, a través de campañas para dejar de fumar y con ello disminuir la incidencia de enfermedades. En nuestro país, sigue creciendo el número de clínicas para dejar de fumar con el apoyo del centro de integración juvenil, IMSS, ISSSTE, UNAM y la asesoría del INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias). Contamos con un total de 175 clínicas, lo que supera por mucho la meta trazada inicialmente, reflejando el compromiso médico por disminuir el consumo de tabaco, aunado a estos esfuerzos, medidas como el aumento en el precio de los cigarrillos, las prohibiciones tanto en la publicidad, como en la promoción del tabaco en lugares públicos, y medidas para apoyar el abandono del hábito de fumar, en conjunto estas medidas buscan sensibilizar a la población y de esta manera

contribuir a reducir el consumo de tabaco y el desarrollo de enfermedades mortales como el cáncer.

Semblanza de los autores

Priscila Pineda Villegas, bióloga egresada de las Facultades de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Comenzó su carrera científica evaluando el impacto de un factor de transcripción en la regulación de genes asociados con el proceso de transición epitelial-mesenchimal en cáncer de pulmón. En 2021 fue reconocida como una de las 25 mujeres en ciencia en América Latina por su carrera científica y sus contribuciones a la ciencia mexicana. Actualmente, está desarrollando un proyecto que tiene como objetivo dilucidar el antagonismo entre los grupos de regulación epigenética Polycomb y Trithorax en la progresión del cáncer de pulmón y enfermedad crónica-obstructiva, así como el análisis masivo de datos ChIP-seq y su impacto en la supervivencia global de los pacientes, la respuesta a la terapia genética y epigenética en modelos preclínicos como parte de sus estudios en el programa de posgrado en ciencias biomédicas de la UNAM.

Dr. Leonel Armas López recibió su doctorado en Ciencias Biológicas con especialidad en Biomedicina Molecular de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente trabaja como académico en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FES-I), ha ganado 2 premios a la mejor tesis doctoral: Premio Fundación para la Innovación Farmacéutica CFM-UNAM y Premio Aida Weiss PUIS-UNAM ambos en 2018. Actualmente su línea de investigación se centra en el análisis masivo y funcional del Epigenoma del factor transcripcional Mesenchyme Homeobox 2 (MEOX2), y su participación en la resistencia a la terapia, pronóstico y supervivencia global en pacientes con cáncer de pulmón. Además, también está interesado en la regulación epigenética de los factores de transcripción implicados en la carcinogénesis del cáncer de pulmón.

8. Bibliografía

1. Bianco, E. (2005). Las estrategias para el control del tabaco y su racionalidad. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 20(3), 171-195.
2. de Micheli, A., & Izaguirre-Ávila, R. (2005). Tabaco y tabaquismo en la historia de México y de Europa. *Revista de investigación clínica*, 57(4), 608-613.
3. DOF - Diario Oficial de la Federación. (2023). https://dof.gob.mx/nota_detalle_hp?codigo=5676928&fecha=13/01/2023#gsc.tab=0
4. Escobar Arriaga, E., Pérez Bautista, O., Ramírez Venegas, A., & Sansores, R. H. (2007). Efecto del daño de vías dopaminérgicas mesencefálicas en la conducta adictiva al tabaco: Revisión generadora de una hipótesis. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 20(1), 56-63.
5. History of Tobacco in the World—Tobacco Timeline. (n.d.). Tobacco-Free Life. Retrieved March 22, 2023, from <https://tobaccofreelife.org/tobacco/tobacco-history/>
6. Magazine, S., & Graff, C. (n.d.). Aboard World War II Airplanes, It Was Strictly Smoking Allowed. *Smithsonian Magazine*. Retrieved March 22, 2023, from <https://www.smithsonianmag.com/air-space-magazine/onboard-world-war-ii-airplane-it-was-smoking-allowed-180978272/>
7. Midjourney www.midjourney.com/home/?callbackUrl=%2Fapp%2F. (2023). Midjourney. <https://www.midjourney.com/home/?callbackUrl=%2Fapp%2F>
8. Prevention (US), C. for D. C. and, Promotion (US), N. C. for C. D. P. and H., & Health (US), O. on S. and. (2010). The Changing Cigarette. In *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53013/>
9. Rahmanian, S. D., Diaz, P. T., & Wewers, M. E. (2011). Tobacco Use and Cessation Among Women: Research and Treatment-Related Issues. *Journal of Women's Health*, 20(3), 349-357. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2173>
10. Eynales-Shigematsu, L. M. (2012). El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles. *Salud Pública de México*, 54(3), 323-331.
11. Rubio Monteverde, H., & Rubio Magaña, A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y



el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 297–300.

12. Salud, S. de. (2020). 564. Atención de enfermedades provocadas por consumo de tabaco representa 9.3% del gasto anual en salud. gob.mx. <http://www.gob.mx/salud/prensa/564-atencion-de-enfermedades-provocadas-por-consumo-de-tabaco-representa-9-3-del-gasto-anual-en-salud>
13. Tuku, K. (2020, August 16). Así es el “tabaco del Nuevo Mundo”, la prestigiosa variedad de puros que amenaza la histórica hegemonía de los Habanos. *Business Insider España*. <https://www.businessinsider.es/tradicionales-puros-habanos-son-tan-caros-695723>