

Libro blanco

sobre mujeres y tabaco

ABORDAJE CON UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Informe sobre la situación actual del consumo de tabaco en las mujeres desde una perspectiva de género. Recomendaciones de futuro.



Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

Ministerio de Sanidad y Consumo

Libro blanco

sobre mujeres y tabaco

ABORDAJE CON UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Coordinación:

Isabel Nerín de la Puerta

Mireia Jané Checa



Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

Ministerio de Sanidad y Consumo

Edita: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)
y Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).

Coordinación: Isabel Nerín de la Puerta.
Mireia Jané Checa

ISBN: 978-84-611-9948-8

Dep. Legal: Z-3602/07

Tanto el CNPT como el MSC no se hacen responsables de las opiniones expresadas en esta publicación, que son exclusiva responsabilidad de los respectivos autores.

El CNPT y el MSC autorizan la reproducción de los textos contenidos en esta monografía siempre que se solicite previamente permiso a los autores y, una vez obtenido dicho permiso, se cite como fuente a esta publicación.

Se ha realizado la revisión de la perspectiva de género por Izabella Rohlf.

Citación bibliográfica sugerida: Nerín I, Jané M. *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género*. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Índice

Prólogo

M.^a Ángeles Planchuelo Santos 5

Presentación

Isabel Nerín de la Puerta y Mireia Jané Checa 7

Capítulo 1. Género y salud

Lucía Artazcoz Lazcano y Carme Borrell Thió 9

Capítulo 2. Género y aspectos sociológicos

Isabel Soriano Villarroel 23

Capítulo 3. Perspectiva de género en el abordaje del tabaquismo

Pepa Pont Martínez 39

Capítulo 4. Desigualdades y tabaquismo

Dolors Marin Tuyá, Sara Sánchez del Mazo, Irene Hernández del Rey 65

Capítulo 5. Epidemiología del tabaquismo en las mujeres

Begoña Alonso de la Iglesia, Mónica Pérez Ríos, M.^a Jesús García Blanco 81

Capítulo 6. Tabaco y salud

Justa Redondo Écija, M.^a del Mar Vázquez Rey,
Francisca Lourdes Márquez Pérez, M.^a Dolores Galán Parra 105

Capítulo 7. Tabaquismo y salud reproductiva en las mujeres

Mireia Jané Checa, Cristina Martínez Bueno 121

Capítulo 8. Tabaquismo pasivo

Cleopatra R'Kaina Liesfi, Araceli Comino López 137

Capítulo 9. Diferencias en el consumo de tabaco entre mujeres y hombres Isabel Nerín de la Puerta, Adriana Jiménez-Muro Franco, Adriana Marqueta Baile, Pilar Novella Abril	149
Capítulo 10. Factores específicos de género en la dependencia de nicotina M. ^a Cristina Pinet Ogué, Alfredo Gurrea Escajedo	163
Capítulo 11. Prevención y educación para la salud según género M. ^a Angeles Planchuelo Santos, María Sainz Martín	179
Capítulo 12. Documentación específica de género y tabaco Míriam Otero Requeijo, Miriam Rodríguez Castro M. ^a Eugenia López Delgado, Marta Álvarez Serrano	197
Capítulo 13. Efectividad de las intervenciones para ayudar a dejar de fumar en mujeres María del Carmen Cabezas Peña, Silvia Granollers Mercader	211
Capítulo 14. La Internacional Network of Women against Tobacco (INWAT) Red Internacional de Mujeres Frente al Tabaco Dolors Marín Tuyà, Irene Hernández del Rey, M. Pau Mariné Salvador, Sara Sánchez del Mazo	227
Capítulo 15. Políticas de control del tabaquismo en las mujeres Mireia Jané Checa, Isabel Nerín de la Puerta, Teresa Salvador Lliviana	243
Capítulo 16. Conclusiones y recomendaciones	265

Prólogo

A punto de cumplirse 60 años de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, las diferencias existentes entre las mujeres y los hombres en cuanto a los factores que determinan su salud, la morbilidad y los tratamientos, se hacen cada vez más manifiestas, y el caso del tabaquismo no es una excepción.

En términos de salud, la invisibilidad de las mujeres ha sido y sigue siendo un denominador común. Durante siglos, la investigación diferencial de la salud de las mujeres ha estado centrada sólo y exclusivamente en los órganos relacionados con la reproducción. La falta de análisis de los factores de riesgo con perspectiva de género en las diferentes facetas de la vida ha llevado a que la mujer sólo se haya «beneficiado» de los avances producidos por las investigaciones realizadas en base a la población masculina.

Ha habido que esperar hasta los años 70 del siglo pasado, para que salieran a la luz los primeros análisis que mostraban la existencia de diferencias en las enfermedades que afectan a hombres y mujeres, destacando en términos generales un nivel más pobre de salud y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en las mujeres.

En la conferencia *«Las Mujeres y el Tabaco: comprender el pasado, cambiar el futuro»* (París, noviembre de 1998), se puso de manifiesto que el tabaquismo en la mujer era uno de los problemas sanitarios existentes más preocupantes a nivel mundial, y no solo por las consecuencias tangibles que en términos de salud ya se estaban produciendo, sino porque la industria tabacalera había encontrado en la mujer uno de sus mejores filones para seguir enriqueciéndose.

Por todo esto, la elaboración de un Libro Blanco sobre la mujer y el tabaco, como el que tengo el privilegio de prologar, era una necesidad, que se ha materializado gracias a la iniciativa, el esfuerzo y el entusiasmo de un grupo de profesionales, en su mayoría mujeres,

que durante años entre las bambalinas del movimiento de prevención de nuestro país, han empujado día a día para que se hiciese realidad. ¡Gracias a todas!

La sensibilidad respecto a la perspectiva de género en el abordaje del tabaquismo ha sido una constante en las líneas directrices del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo –CNPT–, en los últimos años. La creación del grupo de trabajo «Mujer y Tabaco», con el objetivo de dinamizar las iniciativas y actividades relacionadas con el tema y verdadero motor de la realización de esta obra, es uno de sus exponentes.

El «*Libro Blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género*» está llamado a ser un referente en la bibliografía en lengua española sobre la mujer y el tabaco. Su éxito radicará en la calidad de sus autoras, en su magnífica coordinación, en la oportunidad de la obra y en el dinamismo que la impregna al incorporar los aspectos más novedosos de los conocimientos existentes en este campo.

A través de sus capítulos, este libro constituye un recurso clave para lograr un acercamiento entre los problemas priorizados de salud en relación con el tabaquismo y las acciones a desarrollar para conseguir los objetivos planteados. Además de una cuidada actualización de las dimensiones sanitarias y sociales del problema del tabaquismo en la mujer, el *Libro Blanco* recoge las recomendaciones básicas para el diseño de políticas públicas de prevención, control y asistencia. Señala el imperativo de contar con la participación de las mujeres y sus organizaciones en el control de los problemas relacionados con el tabaquismo. Enfatiza la necesidad de mejorar la calidad del tratamiento del tabaquismo sensible a las necesidades de las mujeres. Y define además las prioridades en investigación y formación desde un enfoque sensible a las necesidades de género. Las coordinadoras del *Libro Blanco*, Isabel Nerín de la Puerta y Mireia Jané Checa, son su mejor garantía de calidad, por sus conocimientos y la capacidad demostrada a la hora de armonizar las aportaciones de las diversas autoras, todas ellas profesionales de reconocido prestigio.

Desde el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo quiero manifestar nuestro agradecimiento al Ministerio de Sanidad y Consumo por adherirse a esta iniciativa, y en particular al Observatorio de la Salud de la Mujer, que a través de su directora, doña Concha Colomer, nos ha ofrecido toda su colaboración y apoyo incondicional durante todas las fases por las que ha pasado esta obra, facilitando así su consecución.

M^a Ángeles Planchuelo Santos

Presidenta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

Septiembre 2007

Presentación

Hace ya unos años, un grupo de profesionales que trabajábamos en distintos campos relacionados con el tema del tabaquismo, observamos con preocupación la problemática creciente que empezaba a suponer el consumo de tabaco entre las mujeres españolas. Tras una serie de reuniones de trabajo en las que se constató la necesidad de aunar esfuerzos para trabajar en una única dirección y con un objetivo común, se constituyó en Barcelona en 2004 y dentro del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) el grupo de trabajo Mujer y Tabaco.

Desde entonces el grupo se ha reunido anualmente en los congresos nacionales del CNPT. En el último congreso, celebrado en Logroño en octubre de 2006, el grupo se planteó la necesidad de elaborar un texto que recogiera los aspectos más relevantes del tabaquismo en las mujeres y que incluyera la perspectiva de género en el análisis del problema. Por ello, nos propusimos, entonces, como tarea prioritaria la elaboración de un documento para desarrollar a lo largo de este año 2007 y presentarlo en el Congreso nacional del CNPT en Castellón.

El objetivo principal era hacer visible un problema de salud para las mujeres e intentar así incorporar la perspectiva de género en la prevención, el tratamiento y las políticas de control del tabaquismo en nuestro entorno. Dado que hasta ahora las consecuencias del consumo de tabaco se han manifestado mayoritariamente entre los hombres, cabría la posibilidad de un sesgo de género en el abordaje del tabaquismo, que dificultaría tanto el diagnóstico como el acceso al tratamiento de deshabituación. Informar y sensibilizar, tanto a la población general como a los sectores de profesionales, del problema que supone el tabaquismo y sus consecuencias en la salud de las mujeres, es en el momento actual una prioridad incuestionable.

Como coordinadoras de este documento tenemos que agradecer el esfuerzo y la ilusión por parte de las profesionales y colaboradores que han participado, además de su excelente trabajo. Profesionales de relevancia tanto en el tema del tabaquismo como en el de salud y género. Como editoras, hemos intentado que éste tuviera homogeneidad y rigor en los contenidos de cada capítulo, pero intentando respetar la autoría de cada una de ellos.

Destacar también, como resultado del trabajo realizado a lo largo de estos meses, la excelente colaboración con el Observatorio de la Salud de la Mujer, y más concretamente con su directora, la doctora Concha Colomer, que desde el principio acogió la idea e impulsó un trabajo en equipo para lograr sinergias y sumar esfuerzos.

No podemos terminar esta presentación sin agradecer el apoyo del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y del Ministerio de Sanidad y Consumo, sin cuya ayuda no hubiera sido posible la edición de este documento. Ambos organismos apoyaron el proyecto desde el principio, conscientes sin duda de la relevancia y de la oportunidad que suponía la colaboración lograda entre ambas corrientes para la consecución de un objetivo común: incorporar el enfoque de género en un problema de salud pública como es el tabaquismo.

Por último, decir que este *Libro Blanco* que tiene entre sus manos es el resultado no sólo del esfuerzo de un grupo de profesionales de indudable prestigio, sino también de la ilusión puesta al servicio de una idea que, como decía Ramón y Cajal, constituye el ingrediente imprescindible para lograr un buen trabajo.

Isabel Nerín de la Puerta y Mireia Jané Checa

Septiembre 2007

capítulo 1

Género y salud

Lucía Artazcoz Lazcano [1] [2]

Doctora en Medicina, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y Técnica de nivel superior en prevención de riesgos laborales en la especialidad de Ergonomía y Psicosociología aplicada. En la actualidad es Directora del Institut de Serveis a la Comunitat de la Agència de Salut Pública de Barcelona. Sus principales líneas de investigación son las desigualdades en la salud relacionadas con el trabajo y los factores de riesgo psicosocial del trabajo.

Carme Borrell Thió [1] [2] [3]

Licenciada y doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y también en Medicina Preventiva y Salud Pública. Trabaja en la Agència de Salut Pública de Barcelona, actualmente como Directora de Docència e Investigació y como responsable del Servicio de Sistemas de Información Sanitaria. Su principal línea de investigación es el estudio de las desigualdades sociales en salud (incluye desigualdades de clase social y género) habiendo liderado proyectos de investigación y publicado en revistas nacionales e internacionales.

1 Agència de Salut Pública, Barcelona.

2 CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

3 Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Introducción

Con el movimiento feminista de los años sesenta, las mujeres comienzan a reivindicar una asistencia sanitaria más sensible a sus características específicas. Esta demanda se centra sobre todo en la salud reproductiva pero pronto se hace evidente que las diferencias en la salud entre los dos sexos dependen no sólo de las diferencias obvias en los sistemas reproductivos sino también de un amplio abanico de influencias genéticas, hormonales y metabólicas. Estas diferencias biológicas entre los dos sexos –que con frecuencia no son tenidas en cuenta por los profesionales sanitarios– son en parte responsables de diferencias en la vulnerabilidad a las mismas exposiciones, en los síntomas de algunas enfermedades, la respuesta al tratamiento o el pronóstico.

Sin embargo, además de las diferencias biológicas –las llamadas diferencias de sexo– analizar las diferencias en los patrones de salud-enfermedad de mujeres y hombres requiere tener en cuenta los diferentes papeles sociales asignados desde el nacimiento por razón de sexo, las diferencias de género. El género, a diferencia del sexo, se refiere a un constructo social basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres, las cuales conllevan diferencias en el poder y autoridad¹. La división de género presente en todas las sociedades significa que hombres y mujeres tienen asignados papeles distintos. Aunque la definición precisa de esta división varía entre sociedades, hay un alto grado de consistencia en la división sexual del trabajo de modo que se espera que las mujeres se centren sobre todo en la familia y el trabajo doméstico, mientras a los hombres se les adjudica su responsabilidad principal en el trabajo remunerado y en la arena pública². A la entrada del siglo XXI nacer hombre o mujer implica vivir en contextos culturales con posiciones y recursos desiguales así como distintos valores, creencias y actitudes. Estos distintos valores y actitudes presentes desde el comienzo del proceso de socialización, se transmiten desde el hogar, se confirman en la escuela y se expanden a través de los medios de comunicación de modo que lo que es considerado correcto y bueno para un sexo puede ser visto como inadecuado para el otro.

En la rígida división sexual de la vida social, el mundo masculino disfruta de más poder y reconocimiento social, mientras que el femenino queda relegado a la invisibilidad y a la falta de valor social. Ambos proyectos han sido considerados con la misma «naturalidad», es decir, como ineludibles y adecuados, de manera que la transición a la vida adulta durante siglos ha sido para los hombres el trabajo productivo, o remunerado y para las mujeres el matrimonio y la maternidad, o el llamado trabajo reproductivo, pero el primer tipo de proyecto conlleva la independencia económica y el pleno reconocimiento ciudadano y el segundo la dependencia y una ciudadanía delegada.

Estas normas de género explican en buena medida la paradoja de que las mujeres viven más pero su estado de salud es peor que el de los hombres. Mientras el peor estado de salud de ellas se relaciona en gran medida con su posición social más desfavorecida, la menor esperanza de vida del sexo masculino se asocia con hábitos más insaludables que conducen a más muertes por accidentes en la juventud y un mayor riesgo de las principales causas de mortalidad en la edad media de la vida³. Sin embargo, con frecuencia la investigación epidemiológica no ha tenido en cuenta la perspectiva de género⁴.

A continuación se describen algunas desigualdades de género en la salud relacionadas con las diferentes posiciones de hombres y mujeres en la sociedad. Posteriormente se ilustra la influencia de la socialización de género en las conductas relacionadas con la salud.

Desigualdades de género y estado de salud

El marco de roles –que considera generalmente tres papeles, la situación laboral*, el estado civil o de convivencia y la paternidad o maternidad, donde los papeles de esposa y madre son centrales y el empleo se considera un rol adicional– ha dominado la investigación de los determinantes sociales de la salud de las mujeres⁵. Este enfoque en el estudio de la salud de las mujeres contrasta con la escasa atención prestada a la influencia de los roles familiares en la salud de los hombres, así como a las desigualdades de género en la salud derivadas de la desigual distribución de las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres^{6, 7}. Por otro lado, los estudios sobre los determinantes sociales de la salud de las mujeres no han tenido suficientemente en cuenta el papel de la clase social que, como el género, representa una categoría social que determina diferentes valores y actitudes, recursos y oportunidades.

* Por situación laboral se entiende la relación de las personas con el mercado laboral. Las más estudiadas son empleado/a, en paro y ama de casa.

Amas de casa a tiempo completo y mujeres empleadas

Numerosos estudios han documentado que las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa^{8, 9, 10}. Además, se ha comprobado que este hecho no se debe simplemente a un sesgo de selección por el «efecto de la trabajadora sana»^{11, 12, 13}. Algunos de los beneficios que proporciona el empleo son las oportunidades para desarrollar la autoestima y la confianza en la propia capacidad de decidir, el apoyo social para personas que de otra forma estarían aisladas y las experiencias que aumentan la satisfacción con la vida.⁵ Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la unidad familiar. Estas observaciones apoyan la hipótesis de «potenciación de rol», según la cual los diferentes roles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar.

Desigualdades de género en la compaginación de la vida laboral y familiar

No obstante, otros estudios dan soporte a las hipótesis de sobrecarga y conflicto de rol. Se ha documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras pero no sobre la de las casadas¹² o que entre las madres estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial^{14, 15, 16}. Parece que cuando la carga de trabajo total es alta, compaginar la vida laboral y la familiar puede dañar la salud. En un estudio realizado en una muestra de población de Cataluña entre personas que debían compaginar responsabilidades familiares y laborales, las exigencias familiares medidas a través del número de personas en el hogar tenían un impacto negativo en diferentes indicadores de salud limitado a las mujeres de clases más desfavorecidas pero no se observaba relación con la salud de las mujeres de clases más privilegiadas ni con la de los hombres¹⁷. Además, se ha señalado que disponer de una persona contratada para las tareas del hogar es positivo para la salud de las mujeres ocupadas pero no para la de los hombres¹⁸. Estos resultados ilustran el impacto en la salud de la asunción de la mayor parte de las responsabilidades familiares por las mujeres, incluso cuando están incorporadas en el mercado laboral, lo que se traduce en situaciones de sobrecarga y conflicto para compaginar la esfera familiar y la laboral, que en último término tienen un impacto negativo sobre su salud.

Paro e inestabilidad laboral

Las diferentes posiciones de mujeres y hombres en relación con el trabajo se traducen en un efecto diferente del paro o de la inestabilidad laboral sobre el estado de salud. Numerosos estudios han analizado el impacto del paro sobre diferentes indicadores de

salud, sobre todo los relacionados con la salud mental¹⁹. No obstante, pese a la alta prevalencia del desempleo y de trastornos ansiosodepresivos en las mujeres, la diferente posición de mujeres y hombres en el mercado laboral y las diferencias de género en los determinantes sociales de la salud mental²⁰, se sabe muy poco sobre la posible existencia de diferencias de género en el impacto del paro sobre la salud mental.

La pérdida de empleo puede desencadenar problemas de salud mental debido a las dificultades económicas que supone, pero también por otras razones como la desaparición de la principal razón que estructura el día, la pérdida de estatus social, autoestima, actividad física y mental y contactos interpersonales²¹. Sin embargo, la relación entre estos factores y la salud mental no es directa, sino que los efectos están mediados por el contexto social en el que viven los individuos que, en buena medida, está determinado por los roles familiares y la clase social. En un estudio en que se analizaba el impacto del paro sobre el estado de salud mental combinando el abordaje de género y de clase social, se confirmaba este complejo marco de interacciones. El efecto beneficioso de las prestaciones económicas de desempleo sobre la salud dependía de las diferentes combinaciones de sexo, roles familiares y clase social; el desempleo tenía un mayor impacto en la salud mental de los hombres de clases manuales casados o que vivían en pareja; finalmente, para las mujeres convivir con hijos mostraba un efecto protector²². Estos resultados se explican en buena medida por la centralidad del trabajo remunerado en la vida de los hombres y por su rol tradicional de sustentador principal de la unidad familiar.

Entre las posiciones extremas que representan en el mercado laboral el empleo con contrato fijo y el paro, existe un amplio abanico de situaciones de inestabilidad laboral con efectos potenciales sobre la salud. Se han documentado diferencias de género en el impacto de la inestabilidad laboral sobre diferentes indicadores de salud psicosocial. En un estudio realizado en población ocupada de Cataluña, el impacto de la inestabilidad laboral sobre la salud mental se limitaba a las relaciones contractuales más precarias –el contrato de obra y servicio y el trabajo sin contrato– y a los colectivos más vulnerables –los trabajadores manuales y las trabajadoras, en estas últimas independientemente de su clase social. Es importante también analizar la relación con los roles familiares. Así, en ese estudio se mostraba que la flexibilidad laboral, también en los contratos temporales de duración determinada, suponía más limitaciones para decidir convivir en pareja o tener hijos para los hombres, dos indicadores que el estudio los relacionaba con la salud social, lo que se asociaría con la pervivencia de modelos sociales que consideran al hombre como sustentador principal del hogar²³.

Desigualdades de género en la población anciana

En la población anciana los roles en el hogar y la persistencia de la división sexual del trabajo doméstico continúan teniendo gran interés desde el punto de vista de la salud. Se ha descrito que aunque las mujeres dedican más tiempo al trabajo doméstico que los hombres en todas las edades, a medida que las personas envejecen, ellas reducen el tiempo de trabajo en el hogar mientras los hombres lo incrementan, aunque su contribución a las tareas de casa continúa siendo menor que la de las mujeres²⁴. En este segmento de edad cobran especial importancia las tareas de cuidado de las personas dependientes, que no se limitan únicamente a los padres mayores o a la pareja, sino también a los nietos y nietas y que son realizadas mayoritariamente por las mujeres. Muchos estudios han puesto de manifiesto la asociación entre el cuidado informal de personas discapacitadas y el mal estado de salud de las cuidadoras^{25, 26}.

Género y conductas relacionadas con la salud

Las normas de género proporcionan la explicación social de los patrones de comportamientos relacionados con la salud ligados al sexo. Sin embargo, este origen social raramente recibe la atención que merece, como si los hábitos relacionados con la salud fuesen *naturales* y no aprendidos. Además, a menudo se ha asociado a las conductas relacionadas a la salud a patrones individuales, cuando en realidad éstas dependen en gran manera de factores estructurales como por ejemplo la clase social, el barrio de residencia, el tipo de trabajo realizado, las instalaciones existentes (por ejemplo para realizar actividad física), etc.

Como se ha mencionado anteriormente la menor esperanza de vida del sexo masculino se explica en buena medida por hábitos insaludables. Las principales causas de mortalidad y morbilidad en los Estados Unidos están relacionadas con las siguientes conductas: 1) Comportamientos que conducen a lesiones por accidente; 2) violencia; 3) consumo de tabaco; 4) consumo de alcohol y drogas ilegales; 5) dietas insaludables y 6) sedentarismo²⁷. La existencia de diferencias de género en estas conductas relacionadas con la salud y el hecho de que las principales causas de mortalidad y morbilidad en la vida adulta estén estrechamente asociadas a los hábitos muestran la importancia de introducir la perspectiva de género en el análisis de estas conductas.

Tradicionalmente el discurso de género y salud se ha centrado en la salud de las mujeres olvidando la relación entre la masculinidad hegemónica y las conductas de riesgo. En los

últimos años, sin embargo, ha crecido la investigación sobre las implicaciones negativas de la socialización en la masculinidad sobre la salud^{28, 29, 30}. A primera vista, la masculinidad parece un factor promotor de la salud, ya que ofrece un mayor acceso a un amplio abanico de recursos. Sin embargo, un examen más profundo revela un cuadro más complejo. Aunque la configuración de la masculinidad puede variar entre comunidades, el desarrollo de una identidad masculina heterosexual generalmente implica asumir riesgos para la salud². La mayoría de estos comportamientos se hacen evidentes desde la adolescencia. Por ejemplo, un estudio sobre las desigualdades de género en los hábitos relacionados con la salud realizado entre estudiantes de secundaria, documentaba que los chicos se peleaban con más frecuencia que las chicas y consumían más alcohol. Por el contrario, entre las chicas era más frecuente realizar dietas insaludables para perder peso³¹.

La socialización en el estereotipo de masculinidad significa también resistencia a admitir debilidades, lo que con frecuencia se asocia con una escasa atención a los mensajes de promoción de la salud o un menor uso de los servicios sanitarios cuando son necesarios³². También se han señalado como otros comportamientos relacionados con la socialización en la masculinidad la importancia de una apariencia fuerte o de exhibir un comportamiento agresivo y de dominio físico.²⁹

Algunos de estos patrones de comportamiento se pueden observar en el puesto de trabajo de formas distintas que en buena medida tienen relación con la clase social. Por ejemplo, los trabajadores manuales pueden hacer visible su masculinidad mediante la utilización de la fuerza física y su resistencia a los entornos físicos duros. Por otro lado, los trabajadores más cualificados que hacen largas jornadas de trabajo, niegan padecer estrés y minimizan la necesidad de dormir y comer una dieta sana; a menudo se comportan de esta manera porque esperan compensaciones en términos económicos, de poder, posición y prestigio³³.

Tabaco

A medida que las desigualdades de género tienden a reducirse, las mujeres comienzan a adquirir algunos de los hábitos de riesgo considerados tradicionalmente como típicamente masculinos. Uno de los ejemplos más llamativos es el incremento en el consumo del tabaco. Las tendencias en su consumo siguen cuatro fases³⁴. En la primera, el tabaquismo es excepcional y típico de las clases aventajadas. En la II el consumo de tabaco aumenta, sobre todo en hombres de mayor nivel social. Durante la fase III la prevalencia en hombres empieza a reducirse, sobre todo en los de mayor posición socioeconómica,

mientras que las mujeres, que llevan un retraso entre 20 y 30 años respecto a los hombres, alcanzan la máxima prevalencia. En la fase IV la prevalencia se reduce en hombres y mujeres, y en ambos sexos, es más elevado en las clases sociales desfavorecidas. Así, en términos generales, el tabaquismo empieza a extenderse en los grupos más favorecidos y después prosigue entre los menos favorecidos, y en primera instancia en los hombres con una posterior incorporación de las mujeres, como sucede también con otros comportamientos de acuerdo con la «teoría de difusión de las innovaciones»³⁵.

Las poblaciones del sur de Europa, incluyendo España, presentan una disminución de la prevalencia en los hombres y aumento de la prevalencia en las mujeres³⁶, típica de la fase III. En España, la incorporación masiva de las mujeres al consumo empezó a finales de la década de los sesenta e inicio de los setenta, particularmente a expensas de mujeres con estudios universitarios o medios, aunque en la actualidad no existen diferencias en el patrón de inicio según sexo, aunque es más elevado en las clases desfavorecidas³⁷. Existen además diferencias sociales apreciables en el patrón de abandono. Aunque la proporción de abandono ha aumentado en los hombres, la tendencia al abandono es más marcada en aquellos de mayor nivel educativo, mientras que en las mujeres la proporción de abandono sólo aumentó en las universitarias de mediana edad³⁸.

Los factores asociados al inicio del tabaquismo son diferentes en mujeres y hombres. Mientras la autoestima, el estrés, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen son los factores que más influyen en la iniciación en las chicas, en los chicos fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones, factores profundamente marcados por los roles de género^{39, 40}.

También existen diferencias de género en el mantenimiento del tabaquismo. Así, independientemente de la adicción a la nicotina, uno de los factores que animan a la mujer a continuar fumando es el miedo a engordar. Tanto los hombres como las mujeres fuman para reducir el estrés pero los factores desencadenantes son distintos. Se ha señalado que mientras las mujeres fuman como reacción a experiencias negativas, los hombres lo hacen para aumentar sensaciones positivas^{41, 42}. Además, es importante tener en cuenta el peso corporal como una de las diferencias de género en el inicio, mantenimiento y dificultades para abandonar el tabaco^{43, 44, 45}.

Las agresivas campañas publicitarias desempeñan un papel crucial en el incremento del consumo de tabaco entre las mujeres, sobre todo en las de clases más desfavorecidas. La publicidad busca atribuir significados simbólicos a las diferentes marcas de tabaco aso-

ciándolas a determinadas necesidades sociales y psicológicas que a la consumidora le gustaría tener, algunas de las cuales se derivan de los cambios en los roles de género tradicionales (imágenes de vitalidad, delgadez, sofisticación o atractivo físico). La industria también busca atraer a los hombres a través de mensajes ligados a estereotipos de masculinidad (felicidad, buena forma física, riqueza, poder y éxito sexual)⁴⁶.

Otras sustancias adictivas

En los últimos años se ha incrementado también entre las mujeres el uso de otras sustancias adictivas. Las características de las personas con adicciones son distintas según el sexo. Habitualmente, las mujeres comienzan el consumo más tarde que los hombres, en muchos casos a partir de relaciones con parejas adictas, han sufrido abuso sexual con más frecuencia⁴⁷, tienen diferentes razones para continuar con el consumo y demandan tratamiento menos que los hombres⁴⁸. Además, se ha señalado que los obstáculos para el éxito del tratamiento difieren según el sexo y que las mujeres han de afrontar más situaciones que amenazan el buen resultado^{49, 50, 51}.

Se ha señalado que los instrumentos diagnósticos, los métodos de tratamiento estándar y la investigación sobre el abuso de sustancias adictivas sigue un modelo de comportamiento masculino⁵². Por esta razón, desde diferentes ámbitos se ha reclamado la importancia de mejorar la investigación, la detección de casos y el diagnóstico en las mujeres^{53, 54}, así como de desarrollar programas de tratamiento sensibles a las diferencias de género⁵⁵.

Ejercicio físico y nutrición

La epidemia de obesidad que se vive en los países desarrollados se asocia al sedentarismo y a las dietas hipercalóricas. En ambas conductas el género tiene un papel importante. La menor frecuencia de la práctica de actividad física en el tiempo libre entre las mujeres es, en buena parte, consecuencia de la socialización de género. Por un lado, durante la niñez y la juventud la práctica de deporte se fomenta más entre los hombres. Por otro lado, se ha documentado que la falta de tiempo ligada a las dificultades para la compaginación de la vida laboral y familiar es una de las razones que explica la menor práctica de actividad física entre las mujeres en la edad media de la vida^{17, 56}.

En un estudio realizado en Estados Unidos las mujeres ocupadas señalaban el empleo como una de las principales causas de una dieta insaludable⁵⁷. Sin embargo, en Dinamarca las trabajadoras no lo percibían así, lo que podría estar relacionado con los

mayores recursos para la compaginación de la vida laboral y familiar –por ejemplo, guarderías accesibles o fácil acceso a la baja maternal. En este último estudio las mujeres que no tenían trabajo remunerado y eran de clases sociales desfavorecidas seguían con mayor frecuencia dietas ricas en grasas⁵⁸.

Conducta sexual

Las conductas sexuales siguen unos marcados patrones de género. Una revisión de 268 estudios cualitativos en muestras de personas de 10 a 25 años concluía que la compra de condones o la propuesta de usarlos a sus compañeros por parte de las mujeres podía significar vivir situaciones incómodas e interpretarse como falta de confianza en el compañero. Sin embargo, pese a esta consideración del preservativo como estigmatizante, las mujeres, no los hombres, eran consideradas como las responsables de la prevención del embarazo⁵⁹.

A pesar de la liberación sexual en la mayoría de los países desarrollados, todavía existen unos condicionantes sociales que hacen que muchas mujeres no expresen abiertamente sus necesidades sexuales y que antepongan el amor y la entrega incondicional a la pareja, a la protección y el cuidado de su salud. Se ha señalado que entre las mujeres las prácticas sexuales sin preservativo son más frecuentes entre aquellas que tienen poco control sobre el uso del condón por parte de su pareja o las que son poco asertivas. Estos hallazgos han sido atribuidos a las desigualdades de género en el poder sobre los encuentros sexuales⁶⁰.

Conclusión

Existen diferencias de sexo y de género relacionadas con los diferentes patrones de salud-enfermedad entre mujeres y hombres. Las políticas de prevención y de promoción de la salud, así como la asistencia y la planificación sanitarias deben tenerlas en cuenta si realmente pretenden ser efectivas y eficientes. La promoción de conductas saludables debe partir del análisis de las diferencias de género en las motivaciones y barreras para la adquisición de conductas saludables y diseñar intervenciones a medida con evaluaciones que tengan en cuenta este diseño. De la misma manera que la industria tabaquera ha sabido utilizar los estereotipos de género para aumentar el consumo de tabaco, la salud pública debe incorporar la consideración de las diferencias de género en las acciones encaminadas a la promoción de conductas saludables.

Bibliografía

1. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003; 32(4): 652-657.
2. Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med.* 2000; 51: 931-939.
3. Verbrugge LM. The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav.* 1989; 30: 282-304.
4. Borrell C, Artazcoz A (coordinadoras). Investigación sobre género y salud. 5ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona, Sociedad Española de Epidemiología, 2007.
5. Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann Rev Public Health.* 1987; 8: 25-51.
6. Hall EM. Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. *Int J Health Serv.* 1992; 22: 239-260.
7. Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociol Health Illn.* 1993; 15: 632-664.
8. Nathanson CA. Illness and the feminine role: a theoretical review. *Soc Sci Med.* 1975; 9: 57-62.
9. Nathanson CA. Social roles and health status among women: The significance of employment. *Soc Sci Med.* 1980; 14: 463-471.
10. Verbrugge, LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav.* 1983; 24: 16-30.
11. Passannante MR, Nathanson CA. Female labour force participation and mortality in Wisconsin, 1974-1978. *Soc Sci Med.* 1985; 21: 655-665.
12. Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav.* 1998; 39: 216-236.
13. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s. *Soc Sci Med.* 1997; 44: 773-788.
14. Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociol Health Illn.* 1992; 14: 313-343.
15. Walters V, Denton R, French S, Eyles J, Mayr J, Newbold B. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med.* 1996; 43: 1627-1636.
16. Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med.* 1999; 48:99-115.
17. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55: 639-647.
18. Artazcoz L, Cortès I, Moncada S, Rohlf's I, Borrell C. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. *Gac Sanit.* 1999; 13: 201-207.
19. Janlert U. Unemployment as a disease and diseases of the un-employed. *Scand J Work Environ Health.* 1997; 23(suppl 3): 79-83.
20. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry.* 2000; 177: 486-492.
21. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health.* 1994; 48: 333-337.
22. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health.* 2004; 94: 82-88.

23. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 761-767.
24. Gauthier AH, Smeeding TM. Time use at older ages. *Res Aging*. 2003; 25:247-274.
25. Pinquart M, Sorensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62: 126-137.
26. Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving: differential experiences by gender. *Med Care*. 2002;40:1249-1259.
27. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Williams B, Ross JG, Lowry R, Kolbe, L. Youth risk behavior surveillance—United States, 2001. *J Sch Health*. 2002; 72, 313-328.
28. Griffiths S. Men's health: unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical help. *BMJ*. 1006; 312: 69-70.
29. Moynihan C. Theories of masculinity. *BMJ*. 1998; 317: 1072-1075.
30. Schofield T, Connell R, Walker L, Wood J, Butland D. Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research and practice. *J Am College Health*. 2000; 48: 247-258.
31. Wu TY, Rose SE, Bancroft JM. Gender differences in health risk behaviors and physical activity among middle school students. *J Sch Nurs*. 2006; 22: 25-31
32. Cameron C, Bernardes D. Gender and disadvantage in health: men's health for a change. *Sociol Health Illn*. 1998; 18: 673-693.
33. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50: 1385-1401.
34. López AD, Hollinshaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3: 242-247.
35. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press; 1983.
36. Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohlf I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med*. 2000; 31: 691-701.
37. Borràs JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. *Am J Pub Health*. 2000; 9: 1459-1462.
38. Fernández E, Schiaffino A, García M, Borràs JM. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55: 729-730.
39. Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Rev Esp Salud Pública*. 2000; 74: 13-23.
40. Comas D. Parte III. Las experiencias de la vida: aprendizajes y riesgos. En INJUVE. *Informe Juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud; 2004.
41. Brunswick A, Messeri. Gender differences in the process leading to cigarette smoking. *J Psychol Oncology*. 1984; 2:49-69.
42. Fernández E, Schiaffino A, Peris M. Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente. *Enf Emerg*. 2001, 3: 184-190.
43. Camp DE, Klesges RC, Relyea G. The relationship between body weight concerns and adolescent smoking. *Health Psychol*. 1993; 12: 24-32.
44. Pirie PL, Murray DM, Luepker RV. Gender differences in cigarette smoking and quitting in a cohort of young adults. *Am J Public Health*. 1991; 81: 324-327.

45. French SA, Jeffery RW. Weight concerns and smoking: a literature review. *Ann Behav Med.* 1995; 17: 234-244.
46. Kaufman NJ, Nichter M. The Marketing of Tobacco To Women: Global Perspectives. En: Samet JM, Yoon SY. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. Ginebra: World Health Organization 2001.
47. Pelissier B. A Review of Gender Differences Among Substance Abusers. *Crime Delinq.* 2005; 51: 343-372.
48. Dawson DA. Gender differences in the probability of alcohol treatment. *J Subst Abuse.* 1996; 8: 211-225.
49. Jarvis TJ. Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *Br J Addict.* 1992;87; 1249-1261.
50. Hodgins DC, el Guebaly N, Addington J. Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs? *Addiction.* 1997; 92: 805-812.
51. Smith WB, Weisner C. Women and alcohol problems: a critical analysis of the literature and unanswered questions. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000; 24: 1320-1321.
52. Floyd AS, Monahan SC, Finney JW, Morley JA. Alcoholism treatment outcome studies, 1980-1992: the nature of the research. *Addict Behav.* 1996; 21: 413-428.
53. Amodei N, Williams JF, Seale JP, Alvarado ML. Gender differences in medical presentation and detection of patients with a history of alcohol abuse or dependence. *J Addict Dis.* 1996; 15: 19-31
54. Copeland J, Hall W. A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *Br J Addict.* 1992; 87: 1293-1302.
55. Beckman LJ, Amaro H. Patterns of women's use of alcohol treatment agencies. *Alcohol health and research world.* 1992; 9: 14-25.
56. Artazcoz L, Borrell C, Benach J, et al. Women, family demands and health: the importance of employment status and social class. *Soc Sci Med.* 2004; 59: 263-274.
57. Devine CM, Olson CM. Women's perceptions about the way social roles promote or constrain personal nutrition care. *Women Health.* 1992; 18: 79-95.
58. Devine CM, Sandstrom B. Relationship of social roles and nutrition beliefs to fat avoidance practices: investigation of a US model among Danish women. *J Am Diet Assoc.* 1996; 96: 580-584.
59. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet.* 2006 4; 368: 1581-1586.
60. Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behaviour in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS.* 2002, 16: 135-149.

capítulo 2

Género y aspectos sociológicos

Isabel Soriano Villarroel

Licenciada en Filosofía por la UCM (2004); Magíster en Igualdad de Género: Agentes y Políticas (2005); y Master en Evaluación de Programas y Políticas Públicas (2007). Desde 2005 forma parte del equipo del Observatorio de Salud de la Mujer del MSC, llevando a cabo principalmente tareas de investigación, evaluación y formación en violencia contra las mujeres, desde la Escuela Nacional de Sanidad (ISCIII). Su enfoque prioritario de trabajo se centra en el reconocimiento de la labor, que otras mujeres feministas han realizado a favor de la lucha por la igualdad de oportunidades. Por último, destacar su papel como socia fundadora de AMPLIA (Asociación Profesional de Agentes de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de la Comunidad de Madrid, 2006).

the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased from 10.5 million to 12.5 million, and the number of people in the public sector who are employed in health care has increased from 2.5 million to 3.5 million (Department of Health 2000).

There are a number of reasons for this increase. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as heart disease, diabetes, and asthma. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the length of their stays. In addition, there has been a growing emphasis on preventive care, which has led to an increase in the number of people who are seen by their general practitioners and other health care professionals.

Another reason for the increase in the number of people employed in the public sector is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as heart disease, diabetes, and asthma. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the length of their stays. In addition, there has been a growing emphasis on preventive care, which has led to an increase in the number of people who are seen by their general practitioners and other health care professionals.

There are a number of reasons for this increase. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as heart disease, diabetes, and asthma. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the length of their stays. In addition, there has been a growing emphasis on preventive care, which has led to an increase in the number of people who are seen by their general practitioners and other health care professionals.

There are a number of reasons for this increase. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as heart disease, diabetes, and asthma. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the length of their stays. In addition, there has been a growing emphasis on preventive care, which has led to an increase in the number of people who are seen by their general practitioners and other health care professionals.

There are a number of reasons for this increase. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as heart disease, diabetes, and asthma. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the length of their stays. In addition, there has been a growing emphasis on preventive care, which has led to an increase in the number of people who are seen by their general practitioners and other health care professionals.

There are a number of reasons for this increase. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as heart disease, diabetes, and asthma. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the length of their stays. In addition, there has been a growing emphasis on preventive care, which has led to an increase in the number of people who are seen by their general practitioners and other health care professionals.

There are a number of reasons for this increase. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as heart disease, diabetes, and asthma. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the length of their stays. In addition, there has been a growing emphasis on preventive care, which has led to an increase in the number of people who are seen by their general practitioners and other health care professionals.

Introducción

Cuando se me propuso participar en este proyecto realizando una pequeña síntesis sobre la construcción social de los géneros, no pensé que me resultaría tan costoso determinar su estructura. Finalmente, decidí tomar la decisión de describir, en primer lugar, aquellos conceptos teóricos que apuntalan y configuran los diferentes marcos básicos de las teorías de género. En segundo lugar el realizar un breve recorrido por la historia del pensamiento feminista, no sólo para contextualizar dichos conceptos, sino para dejar constancia de que la máxima de incluir la perspectiva de género en aquello que hagamos, no debe vivirse como la ocurrencia de unas cuantas feministas, sino como fruto de reflexiones ilustradas y filosóficas resultantes de las constataciones de opresión que han vivido las mujeres a lo largo de la historia. Así pues, hablaré del y desde el feminismo, a pesar de saber que todavía hoy no es «bien recibido» en determinadas áreas de conocimiento¹.

Conceptos teóricos básicos para entender la perspectiva de género

Se pasará a esbozar la revisión de algunos de los conceptos teóricos o temáticos –que han vertebrado parte de las reflexiones realizadas por movimientos o autoras feministas–, y que hoy en día configuran los diferentes marcos básicos de las teorías de género.

Género vs. Sexo

El concepto de género fue acuñado por la antropóloga feminista Gayle Rubin en 1975. Desde ese momento, se convirtió en una de las categorías centrales del pensamiento feminista². En su acepción más simple, el concepto de género se refiere a una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado, pero en realidad es mucho más que una categoría, es una teoría amplia que abarca conocimientos, interpretación e hipótesis, relativas al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo. El género está presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la polí-

tica y en la cultura. La organización social genérica es resultante de establecer el sexo como marca para asignar actividades, funciones, relaciones y poderes específicos entre mujeres y hombres de una manera jerárquica⁴. Es, pues, un principio de jerarquización entre mujeres y hombres. Así, el sistema sexo-género impone un orden moral diferenciado que mantiene el dualismo masculino-femenino, donde la masculinidad se reconoce en el desempeño del poder social, teniendo en contra una femineidad pasiva y alejargada.

Perspectiva de género

Este análisis, detractor del orden patriarcal, contiene de manera explícita una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización social basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquización política de las personas basada en el género³. De este modo podemos analizar y comprender tanto la condición femenina y la situación de las mujeres, como la condición masculina y la situación de los hombres. Por tanto, una de las líneas actuales de las teóricas feministas, es incorporar el análisis de esta perspectiva en las políticas, programas y actividades en todos los niveles. En contrapartida, la perspectiva de género se ha visto distorsionada por la utilización apolítica, estéril y superflua que desde ámbitos académicos y políticos se ha hecho de la misma, desvinculándola del feminismo. En estos casos, «género» se utiliza como sinónimo de «mujer», y como recogió Marcela Lagarde, «es notable la mutilación teórica y filosófica de sus supuestos subversivos y transgresores al convertir esta perspectiva en algo casi neutro y casi caritativo (...). Se dice género, y se piensa mujeres, desde las concepciones patriarcales»³.

Identidad de género

Para Almudena Hernando, la identidad supone la «identificación» que cada ser humano hace con el resto de seres humanos que le rodean, de tal forma que va modelando, en comparación con ellos, sus semejanzas y sus diferencias. La identidad, por tanto, se *construye* activamente, pero de una forma tan inconsciente que resulta tremendamente complejo desentramar las relaciones que la configuran. La *identidad de género*, pues, es un conjunto de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, transmitidos a través de la socialización, diferencian el modo con que nos enfrentamos a la vida las mujeres y los hombres⁵ y que están en construcción permanente. En este sentido, la filósofa Judith Butler ha sugerido que tener una identidad definida no es algo que necesitemos, sino que es el propio sistema de géneros quien las necesita para mantenerse⁶.

Subjetividad

La subjetividad es la conciencia reflexiva que se tiene de la identidad, y que corresponde a un modo cultural de estar en el mundo, de entender la situación concreta que en él ocupamos y de entendernos a nosotras mismas dentro de él⁵. Para Luisa Posada, la subjetividad femenina ha participado como una identidad que le ha sido adjudicada a las mujeres desde fuera de ellas mismas. Se trata de lo que Amelia Valcárcel ha denominado la «heterodesignación» de las mujeres por parte del modelo patriarcal, de la que son objetos, pero no sujetos⁷.

Patriarcado

El patriarcado es un sistema social y político de dominación que reproduce y mantiene, a través de métodos de control como la violencia o los medios de comunicación, el dominio y el poder de los hombres sobre las mujeres en todos los ámbitos de la vida. Este ordenamiento asegura la supremacía de los hombres y de lo masculino sobre la interiorización previa de las mujeres y de lo femenino, y da como resultado un mundo de asimetría vital entre los sexos, desigual, enajenado e injusto, de carácter androcéntrico, misógino y homófobo³. Siguiendo a Almudena Hernando, «el orden patriarcal no está hecho de intenciones aisladas que se van construyendo conscientemente a lo largo de la vida, de voluntades planificadas personal e individualmente, sino de estructuras que se repiten a través de los individuos que las internalizan y reproducen, lo que explica que sea tan difícil de transformar»⁵. A pesar de que desde el feminismo se sabe que el concepto de patriarcado tiene algunas limitaciones y es necesaria su redefinición, si se prescinde de él, no habría concepto alguno que diera cuenta de la dominación que el conjunto de los hombres ejerce sobre las mujeres⁸.

Igualdad

La igualdad por la que lucha el feminismo debe ser entendida no como homologación al modelo masculino ni como asimilación acrítica al mundo social que ellos han creado. Igualdad será, fundamentalmente, «igualdad de oportunidades»¹, equiparación de derechos y deberes entre mujeres y hombres. En palabras de Luisa Posada, la categoría «igualdad» enfatiza lo que es común a ambos sexos en tanto humanos, y quiere desvelar las «diferencias» de género como construcciones de una razón patriarcal, que habría asignado a las mujeres valores considerados tradicionalmente femeninos, como la afectividad, la compasión y la pasividad, mientras que a los varones se adjudican valores tales como la racionalidad, la competitividad o la actividad social⁷.

Debe quedar claro, por tanto, que cuando el feminismo busca la igualdad, no está buscando identificación con los hombres, ni la posesión de poderes idénticos a como ellos los

poseen. Por el contrario, la propuesta feminista implica la deconstrucción de las relaciones de poder y dominio masculinas, exigiendo en las relaciones que se den entre mujeres y hombres, el ser equivalentes, la desjerarquización y la eliminación de privilegios masculinos así como la servidumbre femenina³.

Equidad

Para Marcela Lagarde, la equidad consiste en que las mujeres sean educadas y tratadas como seres humanos, con derecho a la integralidad de su cuerpo y su persona, al respeto, a los cuidados, a la obtención de los bienes materiales y simbólicos necesarios para su desarrollo personal, es decir, el acceso al capital humano debe ser un derecho humano también de las mujeres³.

En definitiva, la equidad nos obliga a plantearnos los objetivos que debemos conseguir para avanzar hacia una sociedad más justa que tenga en cuenta las diferencias existentes entre personas y grupos.

Diferencias vs. Desigualdades

En algunas ocasiones se establecen, equívocamente, los términos de «diferencia» y «desigualdad» como si de sinónimos se tratase. Visibilizar, respetar y comprender las *diferencias* dentro del principio de igualdad es fundamental para construir procesos democráticos, pero esas diferencias debemos entenderlas también como construidas, no como *naturales*, y así, reconocer las relaciones de desigualdad y la inequidad entre los sexos como producto del orden social³. La diferencia sexual, por sí misma, no establece una distribución desigual de poderes, sino que se necesita un sistema de valoración jerárquica para lograr esa desigualdad. Una vez establecida dicha estructura social, las diferencias combinadas con valores y significaciones, harán que mujeres y hombres ocupen, por su pertenencia a uno u otro sexo, posiciones sociales y políticas desiguales. Como dirá Marcela Lagarde, «los hombres como género tienen asegurado el dominio en el mundo y las mujeres como género tienen asignado el cautiverio». No puede obviarse que las relaciones de desigualdad facilitan y justifican la aparición y el mantenimiento de la violencia contra las mujeres en tanto que herramienta de control patriarcal.

¿Por qué se mantienen las relaciones de desigualdad? Almudena Hernando nos da la clave: «las mujeres siguen relegadas en relaciones de desigualdad respecto a los hombres porque la ética en la que se las entrena y las caracteriza, la del cuidado y la relación⁹, no les permite –ni subjetiva ni objetivamente– acceder a posiciones desde las que podrían cambiar el orden social»⁵.

Mujer vs. Mujeres

Habitualmente, «mujer» se utiliza como categoría que engloba a cualquier tipo de mujer, construyendo un arquetipo mítico y homogenizante de las mismas que sirve como condición para legitimar el patriarcado moderno. Por este motivo debemos hablar de «mujeres», en plural, con particularidades y diferencias (raciales, de clase, étnicas, sexuales, de identidad, etc.). Aun así, el término «mujeres» es una categoría de análisis difícil, no sólo porque trata de definir de qué hablamos cuando hablamos de nosotras, sino por las limitaciones explicativas que reporta, sobre todo, para algunos grupos⁶.

Heterosexualidad obligatoria

Se trata de una institución que da continuidad al patriarcado, refuerza la oposición y jerarquización entre los sexos y expresa la imposición sobre las mujeres del modelo de sexualidad reproductiva coital y de prenegación como único modelo que ellas deben conocer y practicar. Este modelo comporta la definición del cuerpo femenino como un cuerpo violable, un ideal de cuerpo accesible, siempre para los hombres; se inculca desde la infancia, a través del ideal del matrimonio, del romanticismo heterosexual y de la maternidad, definido por Adrienne Rich como «heterorrealidad», quien fue pionera en cuestionar la heterosexualidad como una «opción sexual» o una «preferencia sexual», sosteniendo que no puede existir ni opción ni preferencia real en una forma de sexualidad que es precisamente definida y sostenida como natural¹⁰. Rich no afirma que la heterosexualidad sea, necesariamente, una forma de sexualidad opresiva para las mujeres, ninguna relación social lo es por sí misma si no interviene en su ejecución algún tipo de violencia. Lo que resulta opresor es su obligatoriedad, obligatoriedad social y políticamente sustentada⁶. En opinión de Rodmell, se necesitan redefinir las estructuras heterosexuales criminales, esto es, aquellas que sitúan la sexualidad masculina como mecanismo de poder para mantener el control sobre las mujeres⁴.

Breve recorrido histórico a través del movimiento feminista

Para poder establecer una reflexión crítica sobre los conceptos clave anteriormente referidos, parece necesario revisar los distintos feminismos que han ido acuñándolos. Así, tomando como base el texto escrito por la doctora Ana de Miguel, «Los feminismos a través de la Historia»,¹¹ incluido en el libro dirigido por Celia Amorós *10 palabras clave sobre mujer*¹², se realizará este breve recorrido histórico.

Al situarnos en el plano de lo general, se puede afirmar que el feminismo ha existido desde siempre que las mujeres, tanto individual como colectivamente, han manifestado su descontento por vivir apesadas bajo los designios del patriarcado y han reivindicado de un modo u otro una vida mejor. Revisar esta parte de la historia, de la historia de las mujeres contada desde su propio estar en el mundo, es una tarea que debemos retomar más temprano que tarde, ya que el feminismo, en tanto que movimiento político con conciencia de opresión, es más antiguo que su propia expresión en términos teóricos⁷. No obstante, por lo ingente de esta labor, se recorrerán únicamente los distintos momentos en que las mujeres han llegado a articular, tanto en la teoría como en la práctica, un conjunto coherente de reivindicaciones y se han organizado para conseguirlas¹¹. Así pues, se agruparán estos momentos en tres grandes apartados: premoderno, moderno y contemporáneo.

Feminismo premoderno

Se encuentran signos de la polémica feminista ya en la ilustración sofista¹³, que produjo el pensamiento de la igualdad entre los sexos a pesar de no sobrevivir a la reacción patriarcal que produjo¹⁴. Posteriormente, el Renacimiento igualó al «ser humano» con «los varones», creando una universalidad ficticia que dejaba de lado a las mujeres. En 1405, Christine de Pisan escribe su obra *La ciudad de las damas*, considerada como un hito en la polémica feminista. Por aquel entonces, recuerda Ana de Miguel, la cultura y la educación eran bienes escasos, por lo que las acciones que involucraron a más mujeres y provocaron mayor represión tenían que ver con las doctrinas heréticas, con doctrinas bastante confusas sobre la naturaleza y el lugar de las mujeres, pero útiles para conferirles dignidad y un cierto escape emocional e intelectual¹⁵. Más tarde, la Reforma Protestante trajo consigo un reforzamiento de la autoridad patriarcal, provocando la formación de grupos de mujeres muy radicales, especialmente en Inglaterra. Por último, en el siglo XVII se instauran los salones franceses, en los que mujeres cultas de la época protagonizaron el movimiento literario y social de las *preciosas*, lanzando la polémica feminista a la opinión pública.

Feminismo moderno

El feminismo ilustrado

Se destacarán dos momentos clave: el primero de ellos tiene lugar en 1673 con la publicación de *Sobre la igualdad de los sexos*, escrito por Poulain de la Barre, obra pionera por fundamentar explícitamente la demanda de igualdad sexual y abandonar la «guerra entre los sexos»¹⁶. El feminismo, como cuerpo coherente de vindicaciones y como pro-

yecto político capaz de construir un sujeto revolucionario colectivo, sólo puede articularse teóricamente a partir de premisas ilustradas encaminadas a afirmar que todos los hombres nacen libres e iguales y, por tanto, con los mismos derechos. En este sentido, Amorós afirma que el feminismo supone la efectiva radicalización del proyecto igualitario ilustrado capaz de volver sobre sí mismo y detectar sus propias contradicciones¹⁷.

El segundo momento clave son los movimientos de mujeres que tuvieron lugar en la Revolución Francesa con el fin de promover su participación política. En 1791, Olympe de Gouges escribió la *Declaración de los derechos de la mujer y la ciudadanía*, y un año después, la inglesa Mary Wollstonecraft publicó la *Vindicación de los derechos de la mujer*. Retomando a Geneviève Fraisse, se puede afirmar que la transformación que se da respecto a siglos anteriores, tiene que ver con que el movimiento de mujeres que lucha por la igualdad pasa del gesto individual al movimiento colectivo; la polémica es llevada a la plaza pública y se convierte por primera vez en una cuestión política¹⁶. Los clubes de mujeres fueron cerrados en 1793 acabando muchas de ellas guillotinas o en el exilio. ¿Qué delito cometieron?, la prensa revolucionaria de la época contesta: trasgredieron las leyes de la naturaleza abjurando su destino de madres y esposas queriendo ser «hombres de Estado».

*El movimiento sufragista*¹⁸

Al hablar del movimiento sufragista, no puede obviarse que el contexto histórico en el que se desarrolla está fuertemente impregnado por múltiples reivindicaciones de igualdad social, como los movimientos en pro de la abolición de la esclavitud, el ciclo de las revoluciones liberales o la aparición del «Manifiesto Comunista» de Karl Marx y Friedrich Engels⁷. Asimismo, el capitalismo alteró las relaciones entre los sexos, incorporando masivamente a las mujeres proletarias al trabajo industrial y enclaustrando a las mujeres burguesas en el hogar, símbolo de status y éxito del varón.

Las sufragistas de clase media norteamericanas lucharon codo con codo con el movimiento abolicionista¹⁹ hasta que, tras la guerra de Secesión (1861-1865), se suprimió la esclavitud y se otorgó el derecho de voto a los esclavos negros liberados negándose a las mujeres. Visto esto, Elisabeth Candy Stanton (autora de *La Biblia de las mujeres*) y Susan B. Anthony crearon la National Woman Suffrage Association, independiente de los partidos políticos y de los movimientos de reforma. Se señala como inicio de la lucha sufragista la primera Convención sobre los derechos de las mujeres organizada por Lucrecia Mott y Elizabeth Cady Stanton en julio de 1848. De esta convención nacerá la «Declaración de Seneca Falls» o «Declaración de sentimientos», marcando un punto de

inflexión hacia un movimiento, no ya de mujeres, sino abiertamente feminista en el sentido contemporáneo del término⁷.

En Inglaterra, el movimiento sufragista alcanzó su máximo desarrollo y radicalidad brotando con nuevas reivindicaciones, a partir de que John Stuart Mill presentara en 1866 la primera petición a favor del voto femenino en el Parlamento. El movimiento sufragista inglés se dividió en dos tendencias bien diferenciadas, una moderada y otra radical. La lideresa de las sufragistas moderadas fue Millicent Garret Fawcett, la cual promovió el cambio desde el orden y legalidad, con el fin de poder demostrar que se podían conseguir reformas sin utilizar ningún tipo de violencia; sin embargo, estos esfuerzos por legitimar los derechos políticos de las mujeres no provocaron más que burlas e indiferencias. En consecuencia, el movimiento sufragista dirigió sus estrategias a acciones más radicales, como las lideradas por Emmeline Pankhurst, dirigidas a pertrechar sabotajes, incendiar comercios o agredir a destacados miembros del Gobierno y del Parlamento²⁰.

El feminismo socialista

A pesar de que los fundadores del socialismo plantearon de alguna manera el problema de la emancipación femenina, lo cierto es que nunca llegaron a ser lo suficientemente críticos con la división sexual del trabajo. Flora Tristán, en su obra *Unión Obrera* publicada en 1843, dedica un capítulo específico a presentar la situación de las mujeres titulado «Por qué menciono a las mujeres»; en él, desarrolla la tesis de que «todas las desgracias del mundo provienen del olvido y el desprecio que hasta hoy se ha hecho de los derechos naturales e imprescriptibles del ser mujer», y defiende la tesis de que negar la educación a las mujeres está en relación con su propia explotación económica²¹. Junto con esta idea, destacan la gran importancia que el feminismo socialista concede a la transformación de la institución familiar en tanto que represora y causa de injusticia e infelicidad, y la tesis de Charles Fourier, literalmente asumida por el socialismo posterior, de que la situación de las mujeres será un indicador clave para medir el nivel de progreso y civilización de una sociedad²².

El Socialismo marxista

Siguiendo a Friedrich Engels²³, se ve cómo la causa de que las mujeres se hallen oprimidas está en la aparición de la propiedad privada y su exclusión de la esfera de la producción social, y no en causas de orden biológico como se asumía hasta entonces, por lo que la emancipación de las mujeres sólo se haría realidad tras una revolución socialista que liquidara el capitalismo. Cabe destacar a la alemana Clara Zetkin, responsable de la pro-

clamación del 8 de marzo como el de Día Internacional de la Mujer Trabajadora y gran propulsora del feminismo en la Segunda Internacional o Internacional Socialista, y a Alejandra Kollontai, que esbozó una explicación histórica del desarrollo de las mujeres desde el marco conceptual del marxismo, y concluyó que la opresión de éstas se originaba en la expropiación de su sexualidad, su maternidad y su trabajo. Kollontai tenía entre sus objetivos desmontar el trabajo doméstico, privado y familiar de las mujeres buscando que la reproducción social fuese comunitaria. Por último, no hay que olvidar que, aunque las socialistas apoyaban de un modo estratégico a las sufragistas, a su vez las acusaban de olvidarse de las proletarias, y que unido a esto, se daba también el conflicto de las socialistas con los compañeros de partido, los cuales entendían que la lucha de las mujeres debía subordinarse a la lucha de clases.

*Anarco-feminismo*²⁴

A pesar de que el anarquismo no asumió en su tronco teórico el problema de la igualdad entre los sexos de manera sistemática, en tanto que movimiento social sí contó con mujeres que contribuyeron de forma notable a la lucha por la igualdad como por ejemplo Emma Goldman, Louise Michel, Elizabeth Gurley Flynn, Voltairine de Cleyre, Lucy Parson, Ulrike Heider o las latinas Marie Louise Berneri y Federica Montseny. Lo que caracterizó a estas mujeres fue la perseverancia que mantuvieron para ser reconocidas como anarquistas y mujeres, por lo que antes de la producción teórica, que la tuvieron, su quehacer fue en el orden práctico y concreto. Desde una defensa férrea del individualismo, aportaron la reflexión de que «el anarco-feminismo implicaba que las mujeres decidieran por ellas mismas y se hicieran cargo de sus propias problemáticas, individualmente en asuntos personales, y en conjunto con otras mujeres en asuntos que competan a varias»²⁵. A través de esta idea, numerosas anarquistas plantearon verdaderas revoluciones en sus vidas cotidianas al autodesignarse «mujeres libres» y vivir bajo sus propias doctrinas de vida. No obstante, este análisis no dejó de tener numerosos detractores dentro de la propia izquierda, como por ejemplo Pierre-Joseph Proudhon, afirmando cosas como que «no había otra alternativa para las mujeres que la de ser amas de casa o prostitutas»²⁶.

Feminismo contemporáneo a partir de los años 60

Neofeminismo: los años sesenta y setenta

Al conseguir el voto femenino en la mayor parte de Europa, el movimiento feminista dirigió su mirada hacia proyectos más teóricos. Se puede apuntar el inicio de este nuevo des-

partar feminista en la publicación de la obra de Simone de Beauvoir *El segundo sexo* en 1949. En estos dos tomos, la autora intentará desvelar dónde se hayan los mecanismos de discriminación y opresión en sociedades cuasi-igualitarias desde un punto de vista formal, acuñando la ya célebre frase «no se nace mujer, se llega a serlo»²⁷. En los Estados Unidos destaca Betty Friedan, con su obra *La mística de la feminidad*²⁸, donde da claves para entender que el problema de las mujeres era el «problema que no tenía nombre», siendo la tarea teórica y práctica del movimiento feminista el aprender a nombrarlo.

Feminismo liberal

La reflexión feminista se distingue ahora por explicar la situación de las mujeres desde la desigualdad y no desde la opresión o la explotación, así como por reclamar una reforma del sistema con el objetivo de obtener la igualdad *real* entre los sexos. A la cabeza encontramos a Betty Friedan, fundadora de la Organización Nacional para las Mujeres (NOW). Las feministas liberales mantuvieron un constante tira y afloja con las radicales, criticándolas por convertir la lucha política en una «guerra de dormitorio», y a la vez abrazando su tesis «lo personal es político», así como la organización militante en grupos de autoconciencia. Finalmente, la influencia del feminismo radical empujó a las más jóvenes hacia la izquierda, pero cuando éste declinó, el reciclado «feminismo liberal» cobró un importante protagonismo hasta convertirse, a juicio de Alice Echols²⁹, «en la voz del feminismo en tanto que movimiento político».

Feminismo radical

La primera decisión política del feminismo radical fue la de organizarse de forma autónoma, sin supeditarse a otros movimientos organizativos de varones o partidos considerados de izquierda, produciéndose la gran escisión entre ellas al discrepar en el objetivo de esa separación. Se dividió entonces el feminismo radical entre «políticas» y «feministas». Para las «políticas» la opresión de las mujeres se derivaba del Sistema, por lo que debían permanecer unidas y comprometidas con el movimiento feminista. Quizás esto tenga también que ver con el miedo que siempre persiguió a las mujeres de izquierdas: que los compañeros varones, custodios del poder simbólico, interpretasen un movimiento sólo de mujeres como reaccionario o liberal. Por el contrario, las «feministas» se manifestaron en contra de la subordinación al movimiento de izquierdas, y fueron muy críticas con el sexismo y la relaciones de poder existentes en su seno. Finalmente, la denominación de feminismo radical designó tan solo a este último grupo.

El feminismo radical se desarrolló plenamente entre los años 70 y 75, acuñando conceptos y formulando teorías que constituyen el equipaje teórico del feminismo actual. Hay que destacar dos obras fundamentales: *Política sexual*, de Kate Millet, y *La dialéctica de la sexualidad*, de Sulamit Firestone, ambas publicadas en 1970 y originarias de conceptos tales como patriarcado, género y casta sexual. El patriarcado se define como un sistema de dominación sexual sobre el que se levantan el resto de dominaciones, el género expresará la construcción social de la feminidad y la casta sexual hará referencia a la experiencia común de opresión vivida por todas las mujeres¹². En general, podría sintetizarse este nuevo impulso teórico con el slogan acuñado por Millet, «lo personal es político», y con la organización en grupos de autoconciencia, igualitaristas y antijerárquicos. También cabe destacar sus estrategias de visibilización a través de un activismo sin parangón materializado en multitudinarias manifestaciones, actos de protesta y sabotaje, quema pública de sujetadores y corsés, etc. Finalmente, el empeño por lograr la «hermandad de todas las mujeres unidas por una causa común», chocó con la aparición de la cuestión de clase o lesbiana, que unido al desgaste propio de un movimiento de estas características, hizo que a mediados de los setenta el feminismo radical tocara fondo.

Los feminismos de la diferencia

El feminismo cultural estadounidense, evolución del feminismo radical, se centró en consolidar las diferencias entre los sexos, condenó la heterosexualidad por su conveniencia con el mundo masculino y acudió al lesbianismo como única alternativa de no contaminación.³⁰ Por su parte, el feminismo francés de la diferencia partió de entender a la mujer como lo «absolutamente otro», utilizando la exploración del inconsciente como herramienta para reconstruir la identidad propia. Entre sus teóricas destacan Annie Leclerc, Hélène Cixous y Luce Irigaray, quienes criticaron duramente al feminismo de la igualdad por considerarlo reformista e incapaz de alejarse del paradigma de dominación masculina³¹. Por último, el feminismo italiano de la diferencia, representado por Carla Lonzi, proclama también la identidad femenina y elabora conceptos tales como el de *affidamento*, manteniendo que la ley del hombre nunca es neutral, y que por tanto es una locura intentar resolver la situación de las mujeres a través de leyes y reformas generales. El *affidamento*, concepto de difícil traducción en el que la autoridad femenina juega un papel importante³², sería una especie de alianza donde «las mujeres tienen que reconocerse entre ellas y, por medio de sus maestras, comunicarse unas a otras la capacidad de determinar por ellas mismas sus vidas y de dar más relevancia a los contextos femeninos»³³.

Últimas tendencias

Para finalizar este breve recorrido histórico se apuntará cómo, en los años 80, comienza a acuñarse el término «feminismo de tercera ola», para designar a las feministas que se centran en diversas situaciones que afectan a las mujeres como el país de origen, la etnicidad o la preferencia sexual. Así, en el feminismo actual interactúan un número tal de variables sociales, que obligan ya a hablar de feminismos (en plural) y no de feminismo, con un amplio espectro de intereses y posturas diversas, aunque en general todos ellos podrían enmarcarse mejor o peor dentro del «feminismo de la igualdad» o del «feminismo de la diferencia» anteriormente comentados.

Por último, cabe destacar, cómo a través de la nunca bien reconocida labor de los grupos feministas de base, van tomando fuerza los feminismos institucionales, dándose el hecho, impensable hace algunos años, de que mujeres abiertamente feministas lleguen a ocupar importantes cargos de responsabilidad política o la proliferación en las universidades de centros de investigaciones feministas; aun así, y reconociendo el gran avance hacia la igualdad que se ha logrado alcanzar en muchos países en las últimas décadas, como en España, lo cierto es que todavía estamos muy lejos de haber conseguido la igualdad sexual real y por tanto no se debe bajar la guardia.

A modo de conclusión

Para acabar esta breve aportación teórica feminista, es necesario apuntar hacia el esfuerzo de trabajar, conjuntamente mujeres y hombres, en la lucha hacia la igualdad entendida fundamentalmente como «igualdad de oportunidades», y no como homologación al modelo masculino ni como asimilación acrítica de las características del mundo social que se ha creado sin nosotras¹. A pesar de todas estas dificultades y de todo lo que queda por hacer para poder habitar en un mundo igualitario, finalmente llegará el día en que consigamos acabar con el sistema de dominación patriarcal, y entonces las mujeres no tengamos que combatir nuestro estar en la historia y en el mundo. Hasta entonces, coincido plenamente con Annette Baier³⁴, cuando enuncia que en nuestras presentes circunstancias sociales e intelectuales es más probable que *aquello*³⁵ que no sea hecho desde una conciencia explícitamente feminista, encarne en el mejor de los casos formas no-intencionadas de prejuicios patriarcales. Hoy por hoy no debemos dejar de explorar cada tesis desde una perspectiva de género feminista si buscamos la re-construcción de los sistemas sociales opresores, los modelos jerárquicos de las identidades y los comportamientos abusivos y violentos.

Bibliografía

1. Guerra Palmero M.^a J. Teoría feminista contemporánea: Una aproximación desde la ética. Madrid: Complutense; 2001.
2. Cobo Bedia R. El género en las ciencias sociales. Cuadernos de Trabajo Social 2005; 18: 249-258.
3. Lagarde M. Género y feminismo. Madrid: Horas y HORAS; 1996.
4. Narotzky S. Mujer, mujeres, género. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1995.
5. Hernando A. (ed.). La construcción de la subjetividad femenina. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense: Asociación Cultural AL-MUDAYNA; 2000.
6. Rivera Garretas M.M. Nombrar el mundo en femenino: pensamiento de las mujeres y teoría feminista. Barcelona: Icaria; 1994.
7. Posada Kubissa L. Teoría Feminista y construcción de la Subjetividad. En Hernando A. (ed.). La construcción de la subjetividad femenina. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense: Asociación Cultural AL-MUDAYNA; 2000.
8. Amorós C. Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad. Madrid: Ediciones Cátedra; 1997.
9. Gilligan C. La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
10. Rich A. Sangre, pan y poesía. Prosa escogida: 1979-1985. Barcelona: Icaria; 1986.
11. Creatividad Feminista [citado 26 de abril de 2007].
http://www.creatividadfeminista.org/articulos/indice_feminismo3.htm
12. Amorós C. (dir.). 10 Palabras clave sobre mujer. Pamplona: Verbo Divino; 1995.
13. Valcárcel A. ¿Es el feminismo una teoría política? En: Desde el feminismo, n.º1; 1986.
14. Mercedes, M. La misoginia en Grecia. Madrid: Cátedra; 1999.
15. Rowbotham S. Feminismo y revolución. Madrid: Debate; 1978.
16. Fraisse G. Musa de la razón. Madrid: Cátedra; 1991.
17. Amorós C. El feminismo: senda no transitada de la Ilustración. En: Isegoría, n.º 1; 1990.
18. Tavera García S. La declaración de Séneca Falls, género e individualismo en los orígenes del feminismo americano. Arenal: Revista de historia de mujeres 1996; 3 (Vol.1).
19. Rowbotham S. La mujer ignorada por la historia. Madrid: Debate; 1980.
20. Martín-Gamero A. Antología del Feminismo. Madrid: Alianza; 1975.
21. Tristán F. Unión Obrera. Barcelona: Fontamara; 1977.
22. Fourier C. Teoría de los cuatro movimientos. Barcelona: Barral; 1974.
23. Engels F. El origen de la familia, de la propiedad privada y del Estado. Madrid: Fundamentos; 1986.
24. Mujeres Creativas [citado 26 de abril 2007]
<http://ar.geocities.com/riotgrrrlnation/MujeresCreativas.html>
25. Ateneo Virtual [citado 25 de abril 2007]
http://www.alasbarricadas.org/ateneovirtual/index.php/M%C3%A1s_textos_sobre_anarcofeminismo...

26. Proyecto Clío [citado 24 de abril de 2007].
<http://clio.rediris.es/udidactica/sufragismo2/movobrero.htm>
27. Beauvoir S. El segundo sexo. Los hechos y los mitos. Vol 1. Madrid: Cátedra; 2002.
28. Friedan B. La mística de la feminidad. Madrid: Jucar; 1974.
29. Echols A. Daring to Be Bad. Radical Feminism in America (1967-1975). Minneapolis: University of Minnesota Press; 1989.
30. Osborne R. La construcción sexual de la realidad. Madrid: Cátedra; 1993.
31. Rodríguez R.M. El feminismo francés de la diferencia. En: Amorós C. (coord.). Actas del seminario Historia de la teoría feminista. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense de Madrid; 1994.
32. Miguel A. Feminismos. En: Amorós C. (dir.). 10 Palabras clave sobre mujer. Pamplona: Verbo Divino; 1995.
33. Cavana M.L. Diferencia. En: Amorós C. (dir.). 10 Palabras clave sobre mujer. Pamplona: Verbo Divino; 1995.
34. Baier A. Moral Prejudices: Essays on Ethics. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1994.
35. En su texto, Annette Baier se refiere únicamente a la ética, por lo que la extrapolación al resto de disciplinas es mía.

capítulo 3

Perspectiva de género en el abordaje del tabaquismo

Pepa Pont Martínez

Jefa de la Unidad de Educación para la Salud del Servicio de Promoción. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad. Responsable del Programa de Disminución del Consumo de Tabaco. Miembro del Grupo de Trabajo de Tabaco creado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial que preparó un documento de propuesta para las Políticas de Control de Tabaco de 1999 a 2003. Directora docente del Diploma Internacional On Line de Prevención y Atención al tabaquismo (Escuela Valenciana de Estudios de Salud). Master en Salud Pública por la Universidad de Valencia. Especialista en Educación Sanitaria por la Universidad de Perugia.

the 1990s, the number of people with diabetes has increased in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is estimated to be 6.5% in 1995, which corresponds to 1.2 million people (1).

Diabetes is a chronic disease with a high prevalence and a high mortality. The most common complications of diabetes are cardiovascular disease, nephropathy, retinopathy, and neuropathy. The prevalence of these complications is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of diabetes is estimated to be 10% per year (2).

The most common complication of diabetes is cardiovascular disease. The prevalence of cardiovascular disease is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of cardiovascular disease is estimated to be 10% per year (3). The most common complication of cardiovascular disease is coronary artery disease. The prevalence of coronary artery disease is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of coronary artery disease is estimated to be 10% per year (4).

The most common complication of coronary artery disease is myocardial infarction. The prevalence of myocardial infarction is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of myocardial infarction is estimated to be 10% per year (5). The most common complication of myocardial infarction is heart failure. The prevalence of heart failure is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of heart failure is estimated to be 10% per year (6).

The most common complication of heart failure is stroke. The prevalence of stroke is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of stroke is estimated to be 10% per year (7). The most common complication of stroke is dementia. The prevalence of dementia is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of dementia is estimated to be 10% per year (8).

The most common complication of dementia is depression. The prevalence of depression is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of depression is estimated to be 10% per year (9). The most common complication of depression is suicide. The prevalence of suicide is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of suicide is estimated to be 10% per year (10).

The most common complication of suicide is death. The prevalence of death is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of death is estimated to be 10% per year (11). The most common complication of death is burial. The prevalence of burial is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of burial is estimated to be 10% per year (12).

The most common complication of burial is cremation. The prevalence of cremation is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of cremation is estimated to be 10% per year (13). The most common complication of cremation is ash. The prevalence of ash is high, and the mortality is high. In the Netherlands, the mortality of ash is estimated to be 10% per year (14).

Tabaco

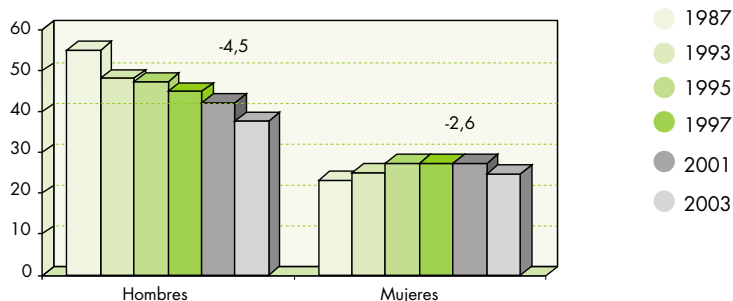
El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud en el mundo y especialmente en los países económicamente más desarrollados. Es además una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos y la principal causa de muerte y enfermedad evitable. Hasta hace poco tiempo, este era un problema de salud que afectaba sobre todo a los hombres. En los últimos años estamos asistiendo a un cambio en la evolución de la situación del tabaquismo en el mundo, que se está convirtiendo, cada vez más, en un problema para las mujeres.

Para situar el problema, presentaremos algunos datos que ilustren la importancia del tabaquismo y su evolución, destacando la tendencia a la estabilidad, incluso al retroceso en la prevalencia de consumo entre los hombres y el crecimiento de consumo en las mujeres, sobre todo en el grupo de las más jóvenes.

En conjunto, el consumo sigue siendo más alto entre los hombres, pero en los grupos más jóvenes hay pocas diferencias en la prevalencia del tabaquismo. Por otra parte, la tasa de ex fumadores es mayor para los hombres y está aumentando a un ritmo más rápido que entre las mujeres.

La evolución de la prevalencia del tabaquismo a partir de los datos de las Encuestas Nacionales de Salud desde 1987 a 2003, permite ver una tendencia general hacia la reducción del tabaquismo, aunque puede observarse que esta reducción es mayor entre los hombres (figura 1).

Figura 1. Evolución de la prevalencia de tabaquismo 1987-2003. Encuestas Nacionales Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo)



Género

Para poder entender mejor la importancia de las diferencias que presentan hombres y mujeres en nuestras sociedades y cómo estas diferencias pueden ser causa de desigualdades de salud, es necesario recordar los principales conceptos que vamos a manejar.

- **Sexo**, se refiere a las diferencias biológicas que distinguen a hombres y mujeres.
- **Género**, define las características de las mujeres y de los hombres que son construidas socialmente.
- **Equidad de género**, significa imparcialidad y justicia en la distribución de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres.

La equidad de género reconoce que las necesidades de las mujeres y los hombres son diferentes y que las diferencias deben ser identificadas y tratadas para corregir el desequilibrio existente entre los sexos. La equidad de género implica:

- Eliminación de las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y supervivencia.
- Distribución y acceso a los recursos (tecnológicos/financieros/humanos) según las necesidades particulares de cada sexo.
- Mujeres y hombres contribuyen al financiamiento de salud según su capacidad económica, y no según riesgos o necesidades propios para cada sexo a cada etapa del ciclo de vida.
- Una distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y los hombres en la gestión de la salud. Esto incluye valorar el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud.

El concepto de género nació para poner de manifiesto una relación desigual entre hombres y mujeres entendidos como sujetos sociales y no como seres biológicos. Es necesario comprender que la existencia de diferencias entre las personas (también respecto a la manera de vivir la salud o la enfermedad) no debe justificar que esas diferencias den lugar a desigualdades, en este caso a desigualdades en la oportunidad de vivir en salud y/o de tener acceso a intervenciones igualmente eficaces de promoción de salud, prevención de las enfermedades y atención a los problemas de salud.

Aplicado de manera más concreta a los problemas ligados con el consumo de tabaco, la descripción de los aspectos diferenciales del tabaquismo en hombres y mujeres permite identificar si existen diferencias en el patrón de consumo, la edad de inicio, la respuesta a determinados tratamientos, las distintas motivaciones para fumar o las dificultades para el abandono. También nos ayuda a entender cómo difieren los perfiles de salud de hombres y mujeres, ya sea por la diferente exposición al tabaco o por diferencias en los efectos que éste causa sobre su salud. Sin embargo, la identificación de las diferencias entre hombres y mujeres, referidas en este caso al consumo de tabaco, aunque son un instrumento necesario resulta insuficiente para la integración de la perspectiva de género en abordaje del tabaquismo, ya que no aporta luz sobre las razones sociales y culturales de estas diferencias.

Si consideramos que es suficiente con la mera descripción de las diferencias en función del sexo, nunca elaboraremos nuevos instrumentos que resulten sensibles a la perspectiva de género. Sin herramientas metodológicas adecuadas será muy difícil poner de manifiesto la existencia y severidad de las potenciales desigualdades y será aún más difícil proponer intervenciones para corregirlas.

La perspectiva de género propone analizar las expectativas sobre el comportamiento y las características sociales y biológicas de mujeres y hombres. No significa adoptar la posición o centrar el interés en «la mujer» o «las mujeres». Se refiere a las relaciones desiguales entre las mujeres y los hombres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas y sobre su salud. Implica la eliminación de las desigualdades remediables.

La perspectiva de género nos ayuda a reconocer el impacto del género en:

- El estado de salud y sus determinantes para hombres y mujeres
- Los obstáculos de acceso a los servicios y recursos de salud
- El impacto de las políticas y programas de salud
- La distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud

- **El concepto de mainstreaming de género** (en España puede ser traducido con el término ‘transversalidad’ de género)

Significa organización o, de una manera más precisa, reorganización para lograr mejorar el desarrollo y evaluación de los procesos políticos, de modo que la perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los agentes normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas. La transversalidad hace referencia sobre todo al hecho de asumir la necesidad de incorporar el enfoque de género en todas las políticas, cualquiera que sea el sector de actuación (educación, sanidad, empleo, fiscalidad, medio ambiente, vivienda, etc.) y cualquiera que sea el contenido de las citadas políticas. Es decir, no se trata sólo de que existan políticas específicas de acción positiva para las mujeres en cualquier ámbito de actuación, sino de que se examine el contenido de todas las políticas que se desarrollen, con el fin de garantizar que su implementación tenga en cuenta la equidad de género. El mainstreaming debe desarrollarse a todos los niveles, es decir, tanto en las políticas estatales como en las autonómicas o en las locales. Así mismo, debe tenerse en cuenta en todas las etapas, desde el diseño y la planificación hasta la evaluación o valoración de sus resultados y su impacto. Conciérne a todas las personas normalmente involucradas en la adopción de medidas políticas, incluyendo tanto los aspectos políticos como los técnicos y de gestión.

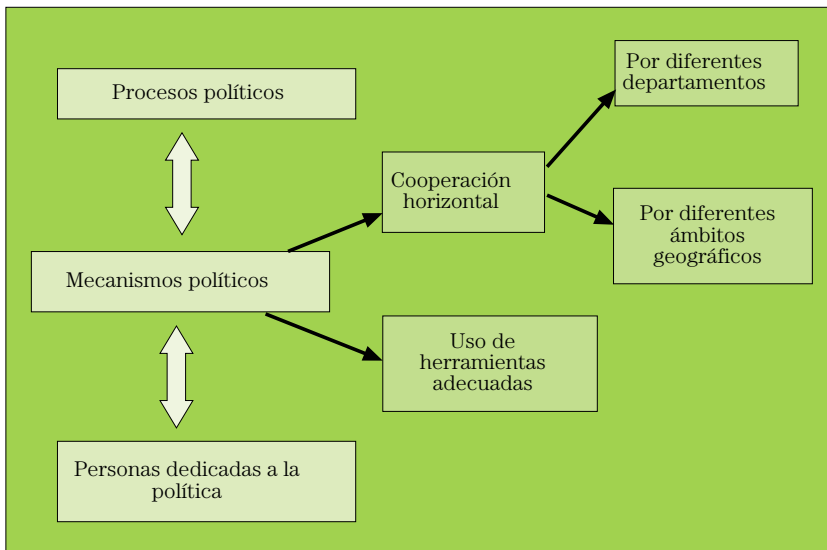
En el ámbito de la Unión Europea, el Grupo de expertos y expertas del Consejo de Europa destaca cinco elementos clave en la estrategia del *mainstreaming* de género:

- 1) Un cambio en el concepto de igualdad de género, más amplio del existente. Dicho concepto incluye no solamente igualdad *de jure* (*de derecho*) sino también *de facto* (*de hecho*).
- 2) La incorporación de la perspectiva de género en la agenda política dominante.
- 3) La inclusión y la participación de las mujeres en las instituciones y en los procesos de toma de decisiones.
- 4) La prioridad de las políticas de igualdad de género y de las que tienen especial relevancia para las mujeres (como por ejemplo las políticas social y familiar), con el objetivo de conseguir avanzar sustancialmente en la igualdad.
- 5) Un cambio en las culturas institucional y organizativa.

Para lograr un cambio en las culturas institucional y organizativa, se puede destacar la necesidad de cambios en 3 aspectos (figura 2):

- **El proceso político**
 - Que las personas comúnmente involucradas en el proceso político, tengan en cuenta una perspectiva de género para alcanzar la meta de la igualdad de género.
- **Los mecanismos políticos, que exigen dos condiciones:**
 - Cooperación horizontal en asuntos de género entre todos los ámbitos, departamentos (educación, sanidad, empleo, etc.) y niveles políticos (nacional, regional y local).
 - Uso de herramientas y técnicas adecuadas para integrar la perspectiva de género en todas las políticas, con seguimiento de su desarrollo y evaluación de los resultados.
- **Las personas comúnmente involucradas en el proceso político (es decir, las personas «dedicadas a la política») deben abrir nuevos canales ordinarios, normalizados, y en la medida de lo posible sistemáticos) de consulta y de cooperación con agentes de la sociedad civil, y reforzar los canales de participación ya existentes.**

Figura 2. Esquema de la propuesta de cambios en las culturas institucional y organizativa



Debe evitarse una interpretación restrictiva del *mainstreaming*, ya que no se trata de reemplazar las políticas específicas de igualdad de género y el funcionamiento de los organismos competentes, esta sería una interpretación errónea. La estrategia del *mainstreaming* promueve la inclusión transversal del enfoque de género, sin renunciar (sino todo lo contrario) a políticas específicas de acción positiva, que en la situación actual, son todavía plenamente recomendables, cuando no absolutamente necesarias. El Informe europeo advierte que el *mainstreaming* y la política específica de igualdad forman una estrategia ‘doble’ y que ambas son necesarias para el logro de la igualdad real entre mujeres y hombres.

Tabaco y género

Para analizar el tabaquismo desde una perspectiva de género, no sólo se requiere disponer de datos desagregados por sexo. Es necesario tener una perspectiva que permita analizar estas diferencias de modo que pueda esclarecerse en la mayor medida posible, cuándo éstas se deben a factores meramente biológicos (anatómicos, hormonales, etc.), cuando se deben a factores socioculturales ligados a los respectivos papeles vinculados al género y cuándo se deben a otros factores asociados.

Sabemos que el género está asociado efectivamente a condiciones socioeconómicas, como el nivel de ingresos, la ocupación o el nivel de estudios, de modo que las mujeres suelen ocupar los puestos más desfavorecidos. Pero además, el mandato ligado al género añade una especificidad que atraviesa transversalmente las diferentes variables socioeconómicas. De este modo, es cierto que las mujeres estarán afectadas de modo distinto según su pertenencia a un grupo social u otro, sin embargo, aun las mujeres de los grupos socialmente más favorecidos estarán habitualmente en condiciones de vulnerabilidad relativa respecto a los varones de su mismo grupo social¹.

Uno de los factores más relevantes que encontramos en la base de las desigualdades entre hombres y mujeres es el desigual reparto del trabajo remunerado (productivo) y el trabajo no remunerado (reproductivo)^{2,3}. Así se señala por ejemplo en un informe del Panel Europeo sobre el *Mainstreaming* de Género en Salud⁴. En este documento se destaca que la relevancia del género radica en su función articuladora de las dos dimensiones de la economía (trabajo productivo y trabajo reproductivo). Señala la representa-

ción desproporcionada de las mujeres en el papel reproductivo, con la consecuente limitación de su capacidad de participación en la esfera productiva. Subraya también la desvalorización social del trabajo «femenino» tanto en el hogar como en el mercado laboral. Concluye, pues, que adoptar la perspectiva de género en salud implica vincular la división sexual del trabajo y del poder dentro de una población, con los perfiles epidemiológicos y con las características de accesibilidad, financiación y gestión del sistema de salud de esa población.

A pesar de que en las últimas décadas se está poniendo en evidencia la importancia del trabajo reproductivo para la salud y cada vez más estudios sugieren la importancia de conocer la diferente distribución del trabajo productivo y reproductivo entre hombres y mujeres y su impacto sobre el nivel de salud, es notoria la falta de información acerca de la dedicación al trabajo reproductivo⁵⁻¹⁵. La falta de estas fuentes de información dificulta enormemente el conocimiento de la situación del tabaquismo tomando en cuenta la influencia de los papeles de género en el consumo de tabaco e impide incorporar acciones específicas a las actividades diseñadas para la prevención y el control del tabaquismo que podrían mejorar la eficacia de estas intervenciones.

Es imprescindible incorporar a los registros sanitarios, datos que aporten información sobre la influencia del género para explicar las diferencias encontradas entre hombres y mujeres. En particular, respecto al tabaquismo, es necesario comprender cuáles son los principales elementos para explicar las diferencias en el consumo de tabaco y en sus consecuencias sobre la salud, qué factores diferenciales ligados al género actúan como motivación en el inicio y en el mantenimiento del tabaquismo, determinar si existen o no distintas respuestas a los tratamientos, mayores dificultades para el abandono o más tasas de recaídas entre las mujeres (en la actualidad no hay evidencias definitivas aunque algunos estudios sugieren que sí puede haberlas), etc.

Es necesario que las encuestas de salud y otras encuestas sobre el consumo de tabaco y atención al tabaquismo, aporten información que permitan un análisis desde la perspectiva de género, tales como: horas de trabajo remunerado y horas de trabajo no remunerado, cargas familiares, horas dedicadas al cuidado de la infancia, ancianidad y/o personas enfermas y acerca de otras responsabilidades u otras variables con sensibilidad para estimar las condiciones de vida y salud vinculadas al género. Las últimas encuestas de salud empiezan ya a incluir este tipo de preguntas, lo que puede abrir nuevas perspectivas de análisis en los próximos años.

Siguiendo las aportaciones del Panel Europeo sobre el Maintreaming de Género en Salud, resumimos a continuación algunas de sus conclusiones fundamentales, que recomiendan⁴:

- **Generar información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de la salud**, logrando que esta información sea comprensible para las personas responsables de los ámbitos políticos y de planificación así como para profesionales de la promoción de salud. Debe también promoverse la movilización en apoyo de las acciones dirigidas a una mayor equidad en salud, así como definir los mecanismos institucionales a través de los cuales estas prioridades puedan incorporarse de manera democrática y sostenible dentro del proceso de gestión de las políticas públicas.
- **Fomentar la investigación y formación sobre temas de género**. Generar evidencia científica es uno de los mejores procedimientos para mostrar la necesidad de hacer cambios en las políticas, así como para mejorar las políticas haciéndolas sensibles al género. Los Estados Miembros y la OMS deberán incluir la perspectiva de género como uno de los criterios para la financiación de cualquier investigación relevante¹⁶.

Esto conlleva establecer directrices y llevar a cabo **programas de formación** sobre género y salud dirigidos a personal sanitario y especialmente a las personas que investigan y a quienes evalúen las propuestas de investigación.

- **Enfatizar la participación y el papel de las mujeres** con el fin de subrayar la urgencia de eliminar el enfoque instrumentalista que ha predominado con respecto a la participación femenina en el sistema de salud, en aras de una mayor equidad en la distribución de las responsabilidades y del poder en la producción de salud.

Estudios sobre tabaco y género

En 2001-2002 la Comisión Europea, a través de la Red Europea de Jóvenes contra el Tabaco¹⁷ (ENYPAT_European Network on Young People Against Tobacco) publicó el informe «Diferencias de género en el consumo de tabaco en jóvenes». Algunas de sus principales conclusiones las resumimos en el siguiente cuadro:

	entorno o grupo social	entorno próximo	conductas	percepción de beneficios de fumar	personalidad
EXISTEN DUDAS SOBRE LA INFLUENCIA DEL GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> nivel socio económico accesibilidad al tabaco accesibilidad a la publicidad del tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> vigilancia familiar consumo de padres consumo de hermanos consumo de iguales presión grupo de iguales 	<ul style="list-style-type: none"> experimentar anteriormente con el tabaco actividades escolares actividades físicas 	<ul style="list-style-type: none"> control del estado de ánimo percepción y control de las normas imagen del tabaco 	
EXISTEN EVIDENCIAS SOBRE LA INFLUENCIA DEL GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> precio del tabaco claridad legal aprobación y apoyo de iguales 			<ul style="list-style-type: none"> creencias sobre los efectos del tabaco sobre la salud y el peso 	<ul style="list-style-type: none"> Rebeldía Sociabilidad Autoestima
EXISTEN EVIDENCIAS DE QUE NO HAY DIFERENCIAS DE GÉNERO		<ul style="list-style-type: none"> ambiente familiar hostil familias colectivas vínculos familiares 			<ul style="list-style-type: none"> locus de control externo susceptibilidad al tabaco estilos coping

Fuente: Report on the Project Gender differences in smoking in young people. European Commission.

Vemos, pues, como algunos factores sociales tienen efectos distintos (incluso opuestos) para chicos y chicas, de modo que por ejemplo, la expectativa de control del peso mediante el consumo de tabaco o un mayor grado de autoestima, aumenta el consumo en las chicas, mientras que el aumento de precio o la mayor restricción de la normativa contribuye a reducir el consumo más entre los chicos que entre las chicas. Otros factores, como el ambiente familiar, el locus de control, etc. no parecen influir de manera diferencial en hombres y mujeres. Sin embargo, para la mayor parte de los factores analizados en los estudios revisados en este informe aún no existe una evidencia clara acerca de si existen o no diferencias de género.

Existe todavía una amplia percepción del tabaco como un símbolo de independencia femenina y de igualdad entre los dos sexos género. La industria tabaquera (para incitar el consumo entre las mujeres) se ha esforzado (con éxito) por reforzar esta imagen del tabaco, como señal de igualdad entre los sexos, identificando su consumo como signo de autonomía, atractivo y éxito social. Incrementar los niveles de instrucción, y de ingresos, puede inicialmente aumentar el consumo de tabaco en las mujeres, pero sabemos que a medio y largo plazo el tabaquismo será mayor en mujeres de los grupos socioeconómicos menos favorecidos, como ha ocurrido entre los hombres y como está ocurriendo ya entre las mujeres en algunos países¹⁸.

Como consecuencia, mientras las prioridades y estrategias de los programas de control de tabaco pueden variar en función de las características socioculturales y económicas de cada país, así como de su etapa en el desarrollo de la epidemia del tabaquismo, en todos los países es fundamental reorganizar las acciones y responder al impacto del tabaco en la vida de las mujeres, desarrollando mecanismos sensibles al enfoque de género y políticas de «empoderamiento» de las mujeres¹⁹.

Efectos del tabaco en la salud de las mujeres

En el año 2000, 4 millones de hombres y 1 millón de mujeres en todo el mundo, murieron a causa del consumo de tabaco²⁰. Las tasas de fumadores en hombres han tenido en años anteriores su pico máximo y ha comenzado a descender lentamente. Pero el consumo entre las mujeres sigue aumentando. Si las tendencias se mantienen, la prevalencia mundial de mujeres fumadoras en el mundo pasará del actual 12 % al 20% en 2025. Este aumento en el consumo femenino se traducirá en un incremento de la mortalidad que sobrepasaría el millón y medio anual²¹.

Debido a que los efectos del tabaco sobre la salud sólo son plenamente apreciables después de décadas de consumo y dado que la difusión del consumo entre las mujeres se produjo años más tarde que el pico de consumo masculino, los efectos del tabaco sobre la salud de los hombres ha sido durante mucho tiempo el punto de referencia para valorar el impacto del tabaquismo sobre la salud²². Este hecho indujo a pensar, equivocadamente y durante algún tiempo, que el tabaco no dañaba la salud de las mujeres tan intensamente como la de los hombres. Sin embargo, cuanto más aprendemos sobre cómo actúa en los diferentes sistemas específicos, mejor entendemos los efectos del tabaco en las mujeres, que no siempre son idénticos a los que se producen en los hombres o que al menos presenta ciertos rasgos diferenciales²³.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer que con mayor frecuencia causa la muerte de las mujeres en todo el mundo. Sin embargo, desde la extensión de la epidemia tabáquica en las mujeres, en un número creciente de países desarrollados, el cáncer de pulmón se ha convertido en la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Al contrario que otros tipos de cáncer, el de pulmón tiene normalmente mal pronóstico²⁴.

Durante mucho tiempo hombres y mujeres desarrollaron normalmente distintos tipos anatomopatológicos de tumor (carcinoma de células escamosas en hombres y adenocarcinomas en mujeres). Se cree que estas diferencias podían deberse en parte, a que la normativa que obligó a disminuir los contenidos de alquitrán y a introducir el uso de filtros, coincidió con la expansión del consumo entre las mujeres.

Además del cáncer de pulmón, está aumentando entre las mujeres la incidencia de cáncer oral, garganta, laringe, esófago, estómago, páncreas, vesícula biliar, riñón, cervix y útero. Estudios recientes ponen en evidencia que el tabaco aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer de mama²⁵.

En relación con las enfermedades respiratorias el tabaquismo es la principal causa de enfermedad produciendo bronquitis crónica y enfisema. Por otra parte, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte para las mujeres en países desarrollados. Las mujeres que fuman y toman anticonceptivos hormonales aumentan considerablemente su riesgo cardiovascular. Más de la mitad (55%) de todas las muertes por infarto se producen en mujeres menores de 65 años. El riesgo desciende un 50% a los dos años de haber dejado de fumar²⁶.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, el tabaco disminuye la fertilidad, aumenta el riesgo de embarazos ectópicos, abortos, partos prematuros y de nacimientos de bajo peso, y favorece el adelanto de la menopausia un par de años.

En resumen, después de décadas de epidemia en las mujeres del mundo económicamente más desarrollado, conocemos las devastadoras consecuencias del consumo de cigarrillos en la salud de las mujeres.

Otras consecuencias del consumo de tabaco²⁷

Coste económico familiar

El tabaco es un daño adicional para la salud de las mujeres, que viene a sumarse a los efectos de otras desigualdades (pobreza, desempleo, dificultades de acceso a medicamentos y/o servicios de salud, etc.). Además, la enfermedad producida por el tabaquismo

genera más costes que han de ser afrontados con los recursos familiares. Según estimaciones del Banco Mundial, un aumento de consumo de 1.000 toneladas de tabaco supone 2.600.000 \$ de beneficios y 29.800.000 \$ de costes. Esto es especialmente grave en los países en desarrollo, ya que en situaciones de carencia, las mujeres son las más desfavorecidas.

El tabaco desde la perspectiva de la producción

El tabaco es el cultivo no alimentario más extendido en el mundo. En todo el mundo 5,3 millones de hectáreas están dedicadas al cultivo de tabaco. Esta superficie cultivable podría proporcionar alimentos para alrededor de 15 millones de personas.

El uso de pesticidas, herbicidas y fertilizantes requeridos para el cultivo, son también factores de riesgo, que se asocian con enfermedades respiratorias, nerviosas y de la piel, así como con daño renal y otras patologías; estos productos son especialmente tóxicos para las mujeres, dado el contenido de xenoestrógenos de los productos utilizados.

El progresivo desarrollo de las normas reguladoras de control del tabaco en los países más desarrollados está derivando las actividades de la industria tabaquera hacia los países en desarrollo, donde el bajo coste de la mano de obra (mayoritariamente femenina) en el cultivo y manufactura del tabaco permite a las grandes multinacionales obtener enormes beneficios. En el 2000 sólo cuatro compañías dominaban el 70% del mercado.

Impacto económico y otros costes

Sabemos que el consumo de tabaco tiene importantes efectos económicos, tanto debido a los gastos sanitarios directos por la patología atribuible a su consumo, como a otros costes indirectos como el absentismo, el aumento de accidentalidad, la reducción de la productividad, el mayor gasto en limpieza y mantenimiento de instalaciones, etc. que representa un coste muy importante, tanto para el conjunto de la sociedad, como para las empresas. Se estima que las empresas españolas en 2005 afrontaron un coste debido al tabaquismo de casi 8.000 millones de euros^{28, 29}. En España cada año los costes sanitarios directos por consumo de tabaco respecto a seis enfermedades asociadas al consumo activo de tabaco (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y bajo peso al nacer), asciende a más de las tres cuartas partes de la recaudación fiscal³⁰.

Pero seguramente el mayor efecto económico del cultivo de tabaco se produce en las comunidades dedicadas al cultivo en países en desarrollo, en los que las mujeres no

tienen reconocidos sus derechos. En estos casos, suelen ser los hombres quienes reciben el dinero normalmente, a pesar de que la mayor parte del trabajo es asumido por las mujeres.

Deben también tomarse en cuenta otros costes sociales (no económicos), entre los que destacan los años de vida ajustados por la calidad. En los países desarrollados se estima que el tabaco es el factor que produce mayor proporción de años de vida con discapacidad (en torno al 12%). Sabemos que son las mujeres las que viven más años con discapacidad o enfermedades crónicas, de modo que el impacto del tabaquismo en su salud aumentará no sólo su tasa de mortalidad, sino también de manera muy significativa la morbilidad y la discapacidad^{31, 32}.

Finalmente deberíamos considerar que los costes intangibles, es decir los costes relacionados con el dolor y el sufrimiento de los pacientes, son especialmente importantes para las mujeres ya que recae sobre ellas triplemente: por un lado cuando sufren los problemas de salud atribuibles a su propio consumo, por otro lado cuando tienen enfermedades debido a su exposición pasiva al humo ambiental del tabaco. Hasta ahora, han sido las mujeres las más expuestas al tabaquismo pasivo, no sólo en el hogar sino con frecuencia en el ambiente laboral, ampliamente feminizado en gran parte del sector terciario, especialmente en hostelería, donde tradicionalmente ha existido y en buena parte existe todavía una muy importante exposición. Pero además las mujeres son quienes mayoritariamente se hacen cargo de las personas enfermas y discapacitadas. Aproximadamente el 88 % del total de los cuidados que se proporcionan a las personas enfermas proceden de las redes sociales informales, frente al 12% de los proporcionados por los servicios sanitarios. Más del 80% de esos cuidados informales de las redes sociales son prestados por las mujeres. De este modo es previsible que una parte importante del crecimiento de la morbilidad y la incapacidad debida a patologías asociadas al tabaco que se producirá en los próximos años, recaerá en las mujeres no sólo como pacientes, sino también como cuidadoras³³.

Efectos del tabaco sobre el ecosistema

El cultivo de tabaco se asocia a una considerable degradación medioambiental, ya que produce la reducción de la fertilidad del suelo y una aceleración de la deforestación. Esta degradación puede tener efectos sobre la salud y efectos en el desarrollo económico y su sostenibilidad. Estas condiciones desfavorables afectarán sobre todo a las mujeres en

cuanto a que son ellas generalmente la población más vulnerable social y económicamente.

Comercio y venta de tabaco

La publicidad siempre ha asociado el consumo del tabaco con belleza, vitalidad, energía, éxito social... en vez de con la enfermedad y la pobreza que es con lo que se corresponde en realidad. La publicidad del tabaco ha utilizado el cuerpo de las mujeres tanto si se dirigía a hombres como si estaba destinada a las mujeres, haciendo uso del significado de los roles de género. Para los hombres, expresaban frecuentemente admiración por el fumador tratando de establecer una asociación entre fumar y éxito sexual. Para las mujeres el consumo de tabaco se asociaba al atractivo y la modernidad. Las mujeres han sido durante décadas un objetivo central de la industria del tabaco. Entre los elementos más evidentes de estas estrategias de mercado están las campañas de tabaco *light* y la asociación del consumo de cigarrillos al control de peso. En nuestro país, desde la entrada en vigor de la ley 28 de medidas sanitarias frente al tabaco, existen fuertes restricciones para la publicidad. Sin embargo, como respuesta de la industria para mantener su capacidad de mercado, estamos observando un incremento de la publicidad indirecta, sobre todo mediante el aumento de la presencia del tabaco en cine y series de televisión.

Sabemos que el consumo de tabaco a largo plazo se mantiene sobre todo en los grupos socioeconómicamente más vulnerables. Por esa razón, respecto al consumo entre las mujeres, deben desarrollarse simultáneamente políticas de prevención y atención al tabaquismo y políticas que busquen la equidad en los aspectos sociales y económicos. Estudios recientes en países en el estadio 4 de la epidemia tabáquica, confirman la asociación de inequidad con vulnerabilidad al consumo de tabaco en mujeres³⁴.

Análisis basado en el enfoque de género

El análisis sistemático del control del tabaco desde una perspectiva de género es una herramienta para sistematizar las cuestiones que deben considerarse en la investigación, los programas y las políticas de control del tabaco, así como en otros campos. Sería por tanto útil plantearse algunas cuestiones, respecto a los programas y políticas de control del tabaco, como: ¿Benefician por igual a hombres y mujeres?

¿Llegan por igual a diferentes grupos de mujeres? ¿Intervienen las mujeres en el diseño y evaluación? ¿Reflejan la diversidad de la situación y características de hombres y mujeres?

Este tipo de cuestiones puede ayudarnos a diseñar y realizar programas y políticas de control del tabaco más adecuadas para las necesidades específicas y diferenciales de hombres y mujeres y pueden contribuir a desarrollar acciones que promuevan mayor equidad de género.

Disminuir la demanda

Incluir programas educativos para prevenir el inicio al consumo, implicando a profesionales modélicos (como personal docente y personal sanitario). Aumentar la oferta y eficiencia de los programas para la deshabituación, dirigiéndolos prioritariamente a los grupos más vulnerables (mujeres con menores recursos y menor nivel de instrucción) para ofrecer apoyo en el tratamiento. Es deseable la colaboración de los medios de comunicación contribuyendo a emitir mensajes positivos de las campañas de control del tabaquismo, asociándolas con la libertad y la liberación de las mujeres en contra de la imagen que buscan difundir las compañías tabaqueras. En un mundo como el nuestro, sometido a los amplios efectos de la globalización, las políticas de control del tabaco deben ir más allá del control del consumo, dirigiéndose también a resolver las necesidades de las mujeres implicadas en el cultivo, manufactura y comercialización del tabaco.

Limitar la extensión de la epidemia

Incorporar el análisis basado en la perspectiva de género en los países que se encuentran en la fase 4 puede acortar la gravedad y la duración de la epidemia del tabaquismo entre las mujeres. La aplicación del análisis de género debe incluir la posible influencia de los factores biológicos y sobre todo de los factores sociales que influyen en el inicio, mantenimiento y cesación del consumo y que producen diferentes respuestas a las políticas de control del tabaco y a los programas de intervención. La vulnerabilidad debido a la peor situación respecto a los ingresos, instrucción y otros factores sociales y biológicos, interactúan de manera transversal con los factores ligados a las desigualdades de género cuya superación es un reto de futuro.

Restricción de las ventas

Las restricciones en la venta y la dificultad en la accesibilidad es una estrategia para reducir las ventas de tabaco que se muestra especialmente eficaz en jóvenes. Un estudio en Estados Unidos sugiere que las mujeres venden menos cigarrillos que los hombres a población joven y que las chicas menores de edad tienen menos éxito que los chicos com-

prando cigarrillos. Crece la evidencia acerca de que en países en fase 4 las chicas tienen más probabilidades de obtener cigarrillos de sus iguales y de sus familiares y menos probabilidades de comprarlos ellas mismas. En otro estudio estadounidense, encontraron que adolescentes de origen latino tienen más éxito comprando tabaco y las chicas latinas cuatro veces más que los chicos.

Políticas de impuestos y precios

La desincentivación fiscal y financiera es una estrategia efectiva para reducir el consumo en la población general y en aquellos grupos con ingresos más bajos (y en particular en jóvenes). No está claro si las mujeres responden de manera diferente a los hombres ante estas políticas aunque existen estudios que señalan que las chicas son menos susceptibles que los chicos a estas políticas de precio¹⁷. En todo caso no está claro cómo actuarían estas diferencias. Las diferencias en la respuesta de diferentes grupos étnicos puede ser una de las razones de confusión.

Investigación

Para reducir el impacto del tabaquismo en las mujeres se debería:

- Mejorar los datos y los sistemas de información y vigilancia.
- Investigar y registrar información sobre aspectos innovadores relacionados con el género y sobre las características y los efectos diferenciales específicos del tabaquismo en hombres y mujeres.
- Investigar sobre aspectos relacionados con el género y su impacto en la respuesta de hombres y mujeres a los programas de intervención para la prevención y la atención al tabaquismo.
- Conocer mejor los aspectos relacionados con el cultivo, manufactura y comercialización del tabaco y su impacto diferencial en hombres y mujeres.

Estas investigaciones deberían dirigirse tanto a la descripción de la situación (sobre todo mediante estudios epidemiológicos y clínicos de tipo cuantitativo) como a identificar y comprender cómo actúan los factores ligados al género en el tabaquismo de hombres y mujeres (sobre todo mediante investigaciones cualitativas).

Resulta imprescindible incluir en la agenda de las políticas de control del tabaco, no sólo las diferencias de sexo y la influencia del género, sino también la interacción de sexo y género en la respuesta a las intervenciones. Todas las futuras investigaciones deberían integrar el enfoque de género.

Los errores cometidos frente al tabaquismo femenino en los países más desarrollados deberían ayudar a enfrentar mejor el problema en países en desarrollo, aprovechando esa experiencia para poner en práctica medidas más ajustadas y eficaces.

Empoderamiento de las mujeres y Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)

El CMCT establece las bases para una acción desde el enfoque de género a través de la aplicación de este tratado, pero es todavía difícil valorar qué significará esto realmente, aunque queda claro que es fundamental una acción coordinada y sinérgica del mayor número posible de países en todo el mundo.

El Convenio Marco debería lograr el promover que todas las investigaciones incluyan la perspectiva de género y permitir su análisis ya sea en un determinado país o comparando la situación de diferentes países parte del Convenio. Las bases de actuación desde un enfoque de género, recogidas en el CMCT, nos permitirán progresar aumentando la sensibilización hacia estas cuestiones y adaptando nuestras actividades a estos principios de equidad de género, mejorando así los programas. Las políticas sociales y económicas contribuyen a mejorar la salud de las mujeres y a reducir la vulnerabilidad de las mujeres al tabaco, al mejorar sus condiciones de vida y reducir la sobrecarga de trabajo (productivo y reproductivo). Se necesitan alternativas económicas más saludables y más productivas que el cultivo y manufactura del tabaco. Para las niñas y adolescentes, el acceso a programas de promoción de salud y la oferta de actividades alternativas y de ocio, como el ejercicio físico y las actividades deportivas (en las que generalmente participan en menor proporción que los chicos) pueden funcionar aumentando la eficacia de la prevención del tabaquismo. Uno de los desafíos para mejorar la salud de las mujeres es ampliar el esfuerzo de los movimientos para el control del tabaco para incluir cada vez más la perspectiva de la justicia social y los derechos humanos. Una clave para el control del tabaco es comprometerse con los movimientos que trabajan en mejorar la salud de las mujeres, acordando metas para su empoderamiento.

Algunas propuestas para trabajar en la prevención y atención al tabaquismo con una perspectiva de género

Se debería realizar análisis de género de las situaciones de salud. En este sentido, sin pretender la exhaustividad de los posibles indicadores, sino como ejemplo del tipo de información que deberíamos recoger y analizar proponemos los siguientes:

- Obtener datos desagregados por sexo:
 - Porcentaje de consultas atendidas en los servicios de salud por problemas relacionados con el tabaquismo para hombres y mujeres.
 - Tasa de mortalidad y morbilidad infantil por sexo para enfermedades atribuibles al tabaco (tabaquismo pasivo).
 - Causas de mortalidad/morbilidad femenina y masculina por enfermedades atribuibles al tabaco.
 - Porcentaje de mujeres y hombres expuestos al humo ambiental del tabaco de los diferentes grupos de edad y para distintas características socioculturales.
 - Porcentaje de ex fumadores en mujeres y hombres (por grupos de edad).
 - Acceso de mujeres y hombres a la atención al tabaquismo (consultas atendidas en atención primaria y consultas de las Unidades de tabaquismo).
 - Porcentaje de éxitos terapéuticos en hombres y mujeres en los distintos niveles de atención (por grupos de edad).
 - Porcentaje de recaídas en mujeres y hombres.
- Desarrollo de «indicadores sensibles al género» para vigilancia y evaluación, como:
 - Tasas de consumo de tabaco en mujeres y hombres de los diferentes grupos de edad y para distintas características socioculturales (por grupos de edad).
 - Prevalencia según tasa de ocupación, horas de dedicación al trabajo reproductivo (doméstico), número de personas dependientes a cargo, etc.
 - Proporción de mujeres y hombres empleados en diferentes niveles/áreas del sector salud y sus tasas de consumo de tabaco.
 - Diferencias en los puestos (categoría laboral) por los trabajadores de salud femeninos/masculinos y sus características de consumo de tabaco (fumadores, ex fumadores, no fumadores).
 - Proporción de los ingresos (de mujeres, hombres, o del hogar) gastados en atención a la deshabituación.
 - Proporción de mujeres que reciben consejo antitabaco en centros de atención específica: ginecología, atención al embarazo, atención a la mujer climatérica, programas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, etc.

Se debería incrementar la formación del personal de salud para integrar la perspectiva de género que tenga en cuenta las necesidades diferenciales de hombres y mujeres en el

desarrollo de intervenciones de prevención, encaminadas a evitar o retrasar la edad de inicio, así como en las actividades de atención al tabaquismo y apoyo para la deshabituación.

Se debería difundir la información para promover acciones de equidad de género en los temas relacionados con la salud y específicamente en lo que se refiere a la prevención y atención al tabaquismo. Las iniciativas de comunicación deben proyectarse apropiada y estratégicamente en la comunidad, para llegar a las audiencias clave tanto en la población como entre profesionales (atención primaria, servicios de ginecología y obstetricia, centros de salud sexual y reproductiva, programas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, etcétera).

Se debería aumentar la participación de las mujeres en la definición de las prioridades de salud, la planificación de soluciones, las políticas y/o programas de actuación y la responsabilidad de su desarrollo.

La equidad de género en salud es un componente fundamental del mandato de la OMS de «Salud para Todos», así queda también reflejado en distintos documentos y compromisos internacionales, como del Convenio para luchar contra la discriminación contra las mujeres (CEDAW), las conferencias mundiales desde la Conferencia de Beijing y numerosos documentos de la Unión Europea. El compromiso para integrar la perspectiva de género en las políticas, programas y análisis de salud debe ser asumido por todos los niveles del sector salud para asegurar que la equidad sea una meta central.

Las recientes iniciativas legislativas en el estado español, tales como la ley de igualdad o la ley de dependencia, pueden contribuir a mejorar el conocimiento sobre el impacto del género en la salud. Es responsabilidad de las administraciones públicas y de manera específica de los departamentos de salud de las distintas administraciones, hacer todo el esfuerzo necesario para alcanzar las metas que estas normas señalan. Es igualmente necesario que las sociedades científicas y el conjunto de los y las profesionales participen activamente en alcanzar estos logros.

Cerramos este capítulo con las recomendaciones recogidas en la reunión celebrada en el IV Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo del CNPT (Barcelona 2004), como una muestra de la dirección que pensamos que debe orientar nuestras acciones.

Recomendaciones del grupo de Género y Tabaco del CNPT

NUEVE PUNTOS PARA AVANZAR EN EQUIDAD

1. *Instar a las administraciones públicas a incluir la perspectiva de género, en las estructuras y actividades relacionadas con el control y la prevención del consumo de tabaco, dado que la experiencia acredita la frecuencia y la facilidad con que el genérico universal tiende a masculinizarse.*
2. *Exhortar a las administraciones públicas a la utilización de lenguaje no sexista en la redacción de planes, programas, actividades, conclusiones, informes y otros documentos, relacionados con el tabaco.*
3. *Promover la inclusión de los datos desagregados por sexo y los datos relacionados con el género en los registros y sistemas de información, en los programas de actuación frente al tabaquismo y en las actividades de prevención y control. Para facilitar la inclusión de la perspectiva de género, en los registros y sistemas de información se proponen tomar en cuenta, al menos, los siguientes aspectos:*
 - *Horas de trabajo productivo y Horas de trabajo Reproductivo*
 - *Cargas Familiares*
 - *Horas de dedicación al cuidado*
4. *Incluir la paridad como horizonte orientador de las actuaciones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) y como meta en sus estructuras directivas y de funcionamiento, garantizando la presencia de la perspectiva de género en todas las actividades y congresos.*
5. *Inclusión del enfoque de género, en la evaluación de las ponencias y/o comunicaciones a los congresos y actividades formativas y de investigación que realice en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y las sociedades integradas en el mismo.*
6. *Promover y realizar investigaciones acerca del papel del género en la situación del tabaquismo de hombres y mujeres, especialmente en lo que se refiere a:*
 - *Motivaciones para el inicio del consumo.*
 - *Influencia sobre los distintos patrones de consumo.*
 - *Mecanismos que intervienen en la producción de recaídas.*
 - *Estrategias para mejorar la eficacia de las intervenciones en fumadoras embarazadas.*
 - *Estrategias para mejorar la eficacia de las intervenciones en fumadoras clímatéricas.*

- *Análisis de posibles diferencias en la aparición de patologías atribuibles al tabaco.*
 - *Análisis de posibles diferencias en la accesibilidad a la prestación de servicios de ayuda para dejar de fumar.*
 - *Análisis de posibles diferencias en la respuesta a los tratamientos del tabaquismo.*
 - *Estudiar la situación específica de hombres y/o mujeres respecto al tabaquismo.*
 - *Incluir una reflexión en las investigaciones, sobre los puntos fuertes y las debilidades del propio estudio en relación con la perspectiva de género, aportando propuestas acerca de las necesidades futuras de inclusión de herramientas y procedimientos metodológicos que permitan establecer conclusiones que tomen en consideración la perspectiva de género.*
7. *Promover la formación acerca del papel del género en la situación del tabaquismo de hombres y mujeres.*
 8. *Promover la integración de los medios de comunicación en la lucha contra el tabaco desde la perspectiva de género.*
 9. *El grupo de trabajo TABACO Y MUJER del CNPT participa de la convicción de que el enfoque de género implica a hombres y mujeres; sin embargo es necesario destacar la necesidad de promover el empoderamiento de las mujeres y, en consecuencia, manifiesta su decisión de impulsar su papel en la coordinación, liderazgo, difusión y representación en las actividades del propio grupo.*

Barcelona, 13 de noviembre de 2004

Algunos de los aspectos propuestos han sido recogidos en normas legales, especialmente en la Ley de Igualdad, pero tal como ya se ha dicho, será necesario esforzarse para que estos preceptos jurídicos sean además un instrumento efectivo para promover el cambio de nuestro conocimiento científico y nuestra realidad social.

En los últimos años y sobre todo desde 2004, el reconocimiento por parte de las instituciones y las organizaciones profesionales y científicas, de la necesidad de obtener y analizar los datos desagregados por sexo y de incorporar variables sensibles al género, indican que se están produciendo cambios en la dirección deseada. Sin embargo, queda aun mucho por hacer, de modo que es necesario todo nuestro entusiasmo y trabajo y la producción y difusión de información relevante sobre la influencia del género en los distintos aspectos relacionados con el tabaquismo, es tan prioritaria como la mejora de la formación y capacitación del personal sociosanitario en los aspectos relacionados con el género y su impacto sobre la salud.

Bibliografía

1. Searching for the solution Women, smoking and inequalities in Europe International Network of Women Against Tobacco. (INWAT). Europe Health Development Agency (UK) 2003.
2. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000; 14(3): 60-71.
3. Rohlfs I. Desigualtats de gènere en la salut. En: Borrell C, Benach J, coordinadors. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Mediterrània, 2003.
4. Programa de Mainstreaming de Género. División de Apoyo Técnico. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar. La Declaración de Madrid. El Mainstreaming de Género en las políticas de Salud en Europa, Madrid (14 de septiembre de 2001).
5. Arber S, Khlaf M. Introduction to social and economic patterning of women's health in a changing world. *Soc Sci Med* 2002; 54: 643-7.
6. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 639-47.
7. Artazcoz L. Salud y género. *Documentación Social* 2002;127: 181-206.
8. Bartley M. Measuring women's social position: the importance of theory. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 601-2.
9. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour [en prensa]. *Soc Sci Med* 2004.
10. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBVA. Bilbao. 2002.
11. Jané M. Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género *Adicciones* 2004; 16(2): 115-130.
12. Krieger N. Genders, sexes and health: what are the connections –and why does it matter? *J Epidemiol Community Health* 2003; 32: 652-7.
13. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med* 1996; 12: 294-6.
14. Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *J Health Psychology* 1997; 2: 315-34.
15. Ness RB, Kuller LH, editors. Health and disease among women. Oxford: Oxford University Press, 1999.
16. OPS, Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002, 25a. Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., septiembre 1998. CSP25/8, p.29
17. Gender Differences in smoking young people. Report on the project. The European Commission. European Network on Young People and Tobacco (ENYPAT) Framework project 2001-02.
18. Vagerö D, Lundberg O. Health inequalities in Britain and Sweden. *The Lancet* 1989; 35-36.
19. Borrell C, García-Calvente M del M, Martí - Boscá JV; Grupo de Género y Salud Pública de SES-PAS. La salud pública desde la perspectiva de género y clase. *Gac Sanit* 2004; 18 Suppl 1: 2-6.

20. Women and smoking. A report of the surgeon general 2001. US Department of Health and Human Services. Centres for Disease control and prevention National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Office on Smoking and Health.
21. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003; 8: 123-30.
22. Amos A. Women and Smoking. *Br Med Bull.* 1996; 52: 74-89.
23. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22: 429-45.
24. Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer statistics, 2003. *CA Cancer J Clin.* 2004; 54: 8-29.
25. Women, tobacco and cancer. An agenda for the 21st Century. July 2004. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Cancer Institute. 11
26. Verbrugge LM. Gender and health: un update on hypothesis and evidence. *J Health Soc Behav* 1985; 26: 156-82.
27. Greaves L, Jategaonkar N & Sanchez S. (eds) *Turning a New Leaf: Women, Tobacco and the Future.* British Columbia Centre of Excellence for Women's health (BCCEWH) and internacional network of Women against Tobacco (INWAT). Vancouver: BCCWH, 2006. www.inwat.org. turning.
28. López-Nicolás, A. y Pinilla Domínguez, J (2006) Propuesta de reforma de la fiscalidad en España. Informe presentado al Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Disponible en www.cnpt.es
29. López-Nicolás A. Tabaquismo y economía pública. Capítulo 5 del Manual de Tabaquismo. Madrid Aula Médica Ediciones 2004.
30. Pardell H, Saltó E, Jané M, Salleras L. Impacto sanitario y económico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3(4).
31. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; May 23 (339): 1268-1278.
32. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000.* New York: Oxford University Press, 1994.
33. Pinilla J. Costes sanitarios asociados al consumo de tabaco: previsible impacto económico de las nuevas restricciones al consumo en espacios públicos. Informe «Impacto Económico para las Empresas de la nueva Legislación sobre Tabaquismo en el lugar de Trabajo» encargado por El Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo 2005, disponible en www.cnpt.es.
34. Standing, Hilary, *Reflections on Gender and Health Reforms in the Context of Severe Health Inequalities.* Trabajo presentado en la reunión del Grupo Consultivo sobre Equidad de Género y Reforma, Washington, D.C., OPS/HDW, Octubre, 1998.

capítulo 4

Desigualdades y tabaquismo

Dolors Marín Tuyà

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Dirige la Unidad de Tabaquismo de la Corporació Sanitaria Clínic, desde 1989, de la que forma parte desde 1982.

Asesora en tabaquismo con perspectiva de género y Quitlines del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Miembro del Consell Assessor del Tabaquisme del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Participó en la fundación de INWAT, miembro del Advisory Board de INWAT-Europa y su representante para España y Latino América. Coordinadora el Grupo Impulsor de INWAT-España.

Promovió la creación del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y siendo vocal su junta directiva. Ha fundado y presidido la Societat Catalana per a la Prevenció del Tabaquisme. Credora del primer servicio de atención telefónica especializado en Tabaquismo y representante de España desde la fundación de European Network of Quitlines. Fue nombrada Change Agent para España de la TFI de la OMS y miembro de la European Health Communication Network de la OMS-Europa para advocacy del CMCT.



Sara Sánchez del Mazo

Graduada en Ciencias Humanas por la Universidad de Waterloo de Canadá. Es la coordinadora de la Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaquismo (www.inwat.org) y también la representante de INWAT a nivel europeo. Ha trabajado en el control del tabaco en varias organizaciones durante ocho años. Las organizaciones incluyen: La Organización Panamericana de la Salud, dos comunidades autónomas de Canadá y el Instituto Nacional de Salud en Suecia. Es una de las editoras de la publicación «Pasando la Página, Mujeres, Tabaco y el Futuro».

Irene Hernández del Rey

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Especialista en Neumología y en Medicina del Trabajo por la Universidad de Barcelona. Profesora Asociada de la Universitat Internacional de Catalunya y Responsable de la asignatura de Tabaquismo. Miembro y Evaluadora del grupo impulsor de INWAT en España.

Ha sido Jefa Clínica de Neumología, Directora de la Unidad de Tabaquismo y Presidenta del Comité de Tabaquismo del Hospital del Sagrat Cor de Barcelona. Ha sido Asesora en la organización de Unidades Especializadas en Tabaquismo (UET) en diversos Centros Hospitalarios.

Ha formado parte del Comité Ejecutivo del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y del Comité de Redacción de la Revista «Prevención del Tabaquismo», revista oficial del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Ha sido Coorganizadora del I Encuentro Nacional de Mujeres en Apoyo al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (Córdoba 2003) y miembro del Grupo de Trabajo de la Tobacco Free Initiative de la OMS para España.

El estatus de las mujeres

El 22 de marzo de 2007 ha entrado en vigor la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres¹. La ley acerca a la realidad jurídica de España los principios jurídicos universales aprobados por las Naciones Unidas y ratificados por España, como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres (1979), ratificada por España en 1983, las conferencias mundiales sobre las mujeres de Nairobi 1985 y Beijing 1995, así como a la realidad europea a través de sus tratados.

La salud y el estatus de las mujeres desde una perspectiva global

En el 2000, en el mundo murieron 990.000 mujeres por consumo de tabaco. 250 millones de mujeres y casi 1 billón de hombres fuman a diario. La prevalencia entre los hombres se reduce lentamente, mientras entre las mujeres aún aumenta. Estos datos sólo reflejan cigarrillos y no otras formas de tabaco como bidi, pipas de agua y tabaco de mascar. En países en desarrollo existe la oportunidad de impedir la expansión de la epidemia del consumo de tabaco entre las mujeres. En países desarrollados, la estrategia debe orientarse a disminuir el número de fumadoras².

La salud es un indicador de igualdad

A pesar de que en el largo trayecto recorrido se hayan consolidado muchos avances y conseguido objetivos largamente perseguidos, la realidad nos demuestra que no hay en el mundo ni un solo país en donde exista una auténtica igualdad en todos los aspectos, tanto personales como sociales como muestran los informes del Foro Económico Mundial (FEM)³. El FEM ha calculado las desigualdades de género de 58 países, utilizando 5 parámetros: participación económica, oportunidades económicas, empoderamiento político, educación y salud/bienestar. Ningún país ha obtenido equidad absoluta, pero algunos países son mejores que otros. La salud-bienestar es un indicador de equidad aunque es de difícil verificación.

En este informe, España ocupa el 27.º lugar. Respecto a la alfabetización, el 97.2% de mujeres y 98.7% de hombres pueden leer. Las mujeres con cargo político en el Parlamento (elegidas o designadas) representan el 25% (65 de 259). El sueldo de las mujeres es un 30% inferior al de los hombres por un mismo trabajo. Entre 1997-2004 aumenta un 40% las mujeres con trabajo remunerado y un 80% trabaja a jornada completa. En cuanto al tabaco, fuman a diario el 22.10% de las mujeres y el 32.16% de los hombres⁴. Si bien la Ley 28/2005 ha aumentado las restricciones por fumar en espacios públicos y, muy particularmente, la publicidad de tabaco.

En los países desarrollados, las prevalencias de consumo de tabaco tienden a concentrarse en las mujeres de los niveles socio-económicos bajos. Un enfoque no sólo centrado en ayudarlas a dejar de fumar, sino en aumentar su estatus en la sociedad las beneficiará en mayor y mejor medida. El ODM n.º 3 de Naciones Unidas promueve la equidad y el empoderamiento de las mujeres, y actualmente el consumo de tabaco de las mujeres y las niñas está siendo uno de los temas de estudio de CEDAW, constatando que la salud de las mujeres mejora en cuanto éstas aumentan su estatus.

Frecuentemente el consumo de tabaco femenino se enlaza con liberación y equidad. Nada más lejos de la realidad, está documentado que el tabaco produce adicción, enfermedad y muerte. Aunque las imágenes que difunde la industria tabaquera estén asociadas a independencia, salud y fuerza. Este capítulo apunta sobre el proceso del movimiento de las mujeres en el mundo y en España, siguiendo la metodología propuesta por la historiadora Mary Nash⁴, y trata de entrelazarla con el consumo de tabaco de las mujeres y el movimiento para el control del tabaco.

Para Nash, el punto de partida del movimiento histórico de las mujeres fue la desigualdad legal y la exclusión de los derechos políticos y civiles. La primera ola feminista luchó por los derechos de las mujeres tanto en el ámbito público como en el privado. A finales de 1960 las mujeres habían logrado sus derechos y el reconocimiento de la ciudadanía en la mayoría de países del mundo y el feminismo se convirtió en un amplio movimiento internacional, a pesar de que en apariencia las mujeres habían alcanzado sus derechos. Organizándose como agente histórico, el feminismo ha diseñado estrategias de resistencia y de actuación política específica, en cada contexto y momento, a pesar de la situación de subalternidad y exclusión de derechos, y se ha expresado en la acción individual, colectiva o comunitaria retando la preeminencia masculina y reclamando sus derechos. Los esfuerzos de los dos últimos siglos de luchas a contracorriente, los distintos retos

afrontados y los logros alcanzados han permitido construir una sociedad contemporánea más igualitaria. El feminismo en su conjunto ha creado un patrimonio cultural y un legado histórico decisivo para el mantenimiento y la profundización en los derechos de las mujeres y la equidad de género en el siglo XXI⁵.

El feminismo propone superar una visión del mundo en el que las mujeres actúan como sujetos subalternos y destaca la importancia de los mecanismos culturales que refuerzan una compleja mentalidad patriarcal de subordinación de género junto a la subordinación legal, la carencia de derechos políticos o las prácticas discriminatorias en los campos laborales, sociales y familiares.

El estatus de las mujeres avanza desde el momento que reconocen su subalternidad y actúan para subvertirla y dar otro significado al tradicional discurso de género.

La sociedad industrial contemporánea, consolidada a lo largo del siglo XIX en Occidente, fue una «fábrica de género» construida de forma paralela a la modernidad. El sistema de género ha sido un instrumento decisivo de la subalternidad femenina y de las desigualdades de género, asimismo constituyó el marco idóneo para producir los mecanismos que garantizaban la permanencia de la subalternidad y de la subordinación de las mujeres, marcó su trayectoria y su cometido social en el nuevo mundo industrial.

Las fábricas de tabaco y sus «elaborantas» son un claro ejemplo. Las cigarreras conocidas entonces por el genérico femenino de «elaborantas» manufacturaban tabaco no para ellas, en un *espacio de las idénticas*. La conducta de fumar pertenecía a la esfera masculina, el *espacio de los iguales*, los hombres se reúnen fraternalmente en los «*fumoirs*» y en exclusiva, puesto que se arrogan el poder de adjudicar espacios; o como en los locales públicos se recordaba mediante avisos –«*en honor del bello sexo está prohibido fumar*». Para las mujeres lo accidental se convierte en característico y la misión substancial de los varones consiste en proteger y mantener el estatus quo, el de toda la vida.

De hecho las cigarreras fueron uno de los primeros colectivos de mujeres que se organizaron en defensa de la precaria *independencia* que en palabras del sector tabaquero, *proporcionaba el salario recibido por su trabajo –negado antes a las féminas, de los derechos conquistados que, no pocas veces, les llevó a actitudes de protesta y rebeldía ante disposiciones injustas o de rechazo de un machismo que amenazaba con privarlas de buena parte de sus ingresos*⁶.

Las mujeres eran consideradas como menores, incapaces de asumir responsabilidades cívicas y políticas. Lejos de fomentar la equidad legal, los estados nacionales asumieron

claras políticas discriminatorias de género. La legislación española instaló un férreo control legal para garantizar el poder masculino, también ocurrió en muchos países de Europa. Así, para mediados del siglo XIX la desigualdad de género se había convertido en uno de los elementos definitorios de la sociedad contemporánea. Se definía a las mujeres desde la otredad de género lo cual las dejaba sin el reconocimiento de un requisito básico de la modernidad: la individualidad.

La primera ola del feminismo, *fumar para ser*

El término feminismo se empieza a utilizar para significar la reivindicación de los derechos políticos de las mujeres a finales de siglo XIX en Francia. Momento en el que comienzan a agruparse numerosas organizaciones feministas en favor del derecho al voto y el derecho a la ciudadanía.

No tardaron en activarse movimientos contrarios con argumentos tremendistas sobre la amenaza que estos movimientos suponían para la familia, los valores culturales tradicionales y el orden social. Que estos derechos comportarían la masculinización de las mujeres, el abandono de sus deberes sociales y familiares y el libertinaje sexual. Se basaban en una supuesta naturaleza histórica de las mujeres que las inhabilitaba para participar en la política. La prensa ridiculizó y denigró a las mujeres que reclamaban el voto. De hecho, las primeras mujeres en obtener el derecho al voto fueron las inglesas mayores de 30 años de poder económico elevado en 1918. Mientras, las sufragistas inglesas deben esperar hasta 1928 para que se les conceda el reconocimiento del sufragio universal en igualdad de condiciones con los hombres.

Por otra parte, las ciencias sociales de principios del siglo XX reconocen la sexualidad, lo cual entra en conflicto con los valores tradicionales, la moralidad religiosa y la política sexual de numerosos estados sobre todo porque desvinculaba sexualidad y procreación. La nueva ética sexual desplazaba la tradicional moral cristiana que siempre había asociado el placer sexual con el pecado. Se propone la liberación sexual y el control de la fecundidad como garantía de bienestar humano.

El contexto facilita que a comienzos de los años veinte aparezca la *mujer moderna* caracterizada por una renovación psíquica y espiritual que se convierte pronto en símbolo de mujer liberada, activa, instruida y profesional. La imagen social se correspondía con la de una joven, bohemia, con pelo corto, labios pintados y un proyecto de vida emancipado. Utilizaba ropas de corte masculino y maneras de actuación varoniles. Las chicas

apuestan por la rebeldía y la libertad. La máxima expresión de modernidad culminaba con un cigarrillo entre los labios pintados.

La industria tabaquera asume la imagen de la nueva mujer moderna y no cuestiona su lucha, si las mujeres se comportan como los hombres su negocio crece. Es entonces cuando comienza el despliegue de las estrategias de marketing para atraer segmentadamente a mujeres de cualquier edad y condición social⁷.

La *mujer moderna* se introduce también en España, si bien pervivió con un mayor peso sociológico la mujer tradicional.

Junto al feminismo igualitario de las inglesas, apareció una corriente centrada en el maternalismo social, en cuya agenda figuraba la mejora de la condición de las mujeres en el rol maternal y familiar, descartando el desarrollo de su potencial individual. El maternalismo social fue la vía de entrada del feminismo en España hasta que en los años 20 se reorienta hacia un feminismo de carácter más igualitario, sufragista. El contexto político español de finales del XIX no favorecía la emergencia de un feminismo liberal orientado a la consecución del voto. La debilidad del sistema representativo parlamentario, el funcionamiento político real basado en el caciquismo, la corrupción política y el fraude electoral, dificultaba que las españolas se interesaran por los derechos políticos. Por otra parte, el arraigo del discurso de la domesticidad como base de la identidad cultural de la mujer, conllevó que las mujeres se definieran no por la igualdad, sino desde la diferencia de género, y a reclamar el acceso a la educación y al trabajo retribuido. En términos políticos el discurso cobijó una ciudadanía política para los hombres y una ciudadanía social para las mujeres.

Las españolas se convierten en ciudadanas de pleno derecho en 1931. Una vez se consigue el objetivo, se desarticula en parte el movimiento de las mujeres que lucharon por el sufragio y se reconduce con un tono menos reivindicativo, menos intenso y con menor resonancia pública.

Al finalizar la guerra civil, con la dictadura la población española pierde los derechos políticos. Las expendedorías de tabaco se convierten en la compensación benéfico-social para las viudas y huérfanas del franquismo: *¿Qué decir de las expendedoras de tabaco, que llenan toda una época no rematada aún? No vamos a reiterar lo ya sabido, ni siquiera aludir al aspecto benéfico social con que se quiso rodear la concesión de licencias a «viudas o huérfanas víctimas de la Guerra» -la guerra incivil- que no pocos recuerdan*⁸.

Uno de los logros del feminismo internacional de entreguerras fue impulsar el **Informe Mundial sobre el Estatus de la Mujer**, realizado por la Liga de Naciones; de este modo las organizaciones internacionalistas crean el precedente para que en 1946 las Naciones Unidas creen la Comisión sobre el Estatus de las Mujeres.

Al término de la 2ª Guerra Mundial, en 1945 se recupera el discurso de la domesticidad. El lugar de la mujer vuelve a ser la subalternidad, a pesar de la apariencia de igualdad. La entrega a otros, el esposo, hijos, familia, que negaba el derecho al tiempo propio y a la individualidad. Como denunció la filósofa francesa Simone de Beauvoir en 1949, las mujeres se definían como el segundo sexo, el sexo cuya identidad se construía a partir del otro, del varón. También define el feminismo como *una forma de vivir individualmente y de luchar colectivamente*⁸.

Es en este contexto que se expande el consumo de tabaco entre las mujeres de los países aliados alimentado por las atractivas representaciones del marketing dirigido a las mujeres. Mientras los epidemiólogos ingleses Doll y Hill⁹ se dan cuenta de las devastadoras consecuencias de la epidemia del tabaco, entre el colectivo médico, básicamente masculino.

En el sur de Europa, las dictaduras políticas y la represión imponen modelos arcaicos de domesticidad obligada, que logran contener la expansión del tabaquismo entre las mujeres normalizadas a ese contexto. Menos de un 5% de españolas, las que conocían otras realidades, comenzaron a fumar, mujeres que elegían fumar para ser, para entrar en la esfera de poder y de los privilegios masculinos, la gran mayoría restante carga con resignación con las consecuencias negativas del tabaquismo ajeno en su salud y la de sus familiares.

Segunda ola del feminismo, *prohibido prohibir*

A finales de la década de los 60, se organiza el **Movimiento para la Liberación de las Mujeres (MLM)**, que a diferencia del feminismo histórico, no arrancó de la constatación de una abierta opresión obvia. En la nueva sociedad de consumo las mujeres de las clases medias tenían todo a su alcance. Habían accedido a sus derechos, a la educación superior e incluso al mundo profesional. Pero como señaló la norteamericana Betty Friedan¹⁰, estaban consumidas por un mal sin nombre. Fue a partir de una opresión no identificada, que se desarrolló el MLM, creando un enorme movimiento social a partir de

un malestar inarticulado, definido socialmente como un problema individual de descontento y de un fracaso personal en la realización de la feminidad.

Friedan nombró los problemas de la opresión doméstica y de la carencia de proyecto de vida propio como los elementos principales del malestar colectivo femenino no identificado. Analizó cómo las norteamericanas renunciaron a su personalidad con su consiguiente deshumanización y dependencia del varón. Describió la absorbente entrega a la familia y la falta de proyecto propio. No cuestionó el patriarcado ni el privilegio masculino, tampoco presentó respuestas estratégicas alternativas para superar la opresión doméstica. El legado de Friedan es que identifica el malestar y que éste se transforma de una vivencia individual a una colectiva.

En Europa, en 1945 Simone de Beauvoir publica *El segundo sexo* en francés y en 1953 en inglés⁸. Considerado el ensayo feminista más importante del siglo XX se convierte en canon fundacional del feminismo de los 70. Influyó en toda la nueva generación de feministas. Comparada con la de Betty Friedan, resulta más compleja, teórica y ambiciosa en su alcance y se convierte en una referencia decisiva para las nuevas generaciones feministas. Su aportación al discurso de la otredad sexual fue decisiva para explicar los mecanismos culturales de una civilización basada en la soberanía masculina hasta tal punto que las mujeres apenas lo cuestionaban. Celia Amorós describe el pensamiento de Beauvoir como una ampliación y radicalización de la tradición ilustrada y como una crítica concluyente al androcentrismo¹¹.

Su rebelión, mucho más compleja que la de las sufragistas, tuvo implicaciones personales y consecuencias en la transformación de las relaciones familiares y de pareja. Los grupos de apoyo permitieron desentramar las dificultades inherentes a las dificultades laborales y familiares con personas que identificaban como sus opresores. Identificaron que su agenda de actuación y respuesta colectiva debía ser autónoma y separada de la de los hombres. La noción de género como un instrumento para analizar la dominación y la producción de la diferencia permite conclusiones revolucionarias como que el género es una construcción social y cultural, no sólo un don biológico.

La industria del tabaco y la liberación de las mujeres

Las campañas de tabaco no desaprovechan el impacto del movimiento de liberación femenina, encandilan a las jóvenes simplemente asociando el fumar con sus anhelos de emancipación, el éxito sexual (belleza, glamur, sofisticación), y su posicionamiento labo-

ral. Promocionan el tabaco como instrumento para controlar el apetito, el estrés y proyectar una personalidad despreocupada ante las percibidas como desfasadas recomendaciones que velan por su integridad física y moral^{12, 13, 14}.

Representantes de los grupos sociales más reaccionarios argumentan contra el tabaco y otras malas conductas para confundir, atemorizar e impedir la liberación de la mujer porque tabaco y otras «malas conductas» van de la mano con la liberación, ... nada más lejos de la verdad.

Igualarse a los hombres está al alcance de las chicas, al menos respecto a la decisión de fumar.

Por otra parte, la agricultura mundial del tabaco depende de la mano de obra de las mujeres, desde los años 60. La explotación de la mano de obra mal pagada o gratuita, proveniente de mujeres de países en desarrollo, asegura los substanciosos beneficios del sector tabaquero.

El derecho a elegir

El MLM de los 70-80's se expande a escala mundial y como señala la norteamericana Linda Hirshman¹⁵ se imponen las ideas de Gloria Steinem¹⁶ que toman el relevo y desvirtúan el mensaje del feminismo original. Se tornan prioritarias la búsqueda de consenso y la inclusión de todas las formas de pensar de las mujeres. No importa lo que las mujeres decidan, aunque sean decisiones regresivas, perjudiciales y no les permitan un desarrollo pleno, se torna más importante que las mujeres no creen conflictos. El MLM entra en una deriva y comete un grave error: por no crear tensión, no reclama cambios en la organización de la familia para facilitar el desarrollo laboral de las mujeres. Teniendo en cuenta que las mujeres están entrando masivamente en el mercado de trabajo remunerado, el resultado es nefasto, se preserva la mentalidad patriarcal más intransigente. El conflicto de asumir las responsabilidades del hogar y los cuidados de la familia compaginándolo con el trabajo remunerado supone un enorme desgaste psicológico para las mujeres: en el trabajo deben demostrar que están a la altura, mientras el cuidado del hogar y de la familia recae en ellas. Las mujeres asumen ámbitos socialmente invisibles, desvalorados, desprestigiados, aunque imprescindibles para que funcione la sociedad, y que no ofrecen oportunidades de desarrollo humano como el trabajo remunerado.

Las campañas y políticas de salud pública desencadenan el descenso del tabaquismo masculino, mientras que las chicas jóvenes siguiendo fielmente las consignas emancipatorias

feministas, no encuentran de recibo el mensaje emitido por las «autoridades sanitarias» percibidas como otra forma del poder patriarcal, quieren decidir por sí mismas y de acuerdo al nuevo canon de mujer moderna, encuentran tremendamente atractivo y próximo a sus necesidades, el mensaje transmitido por múltiples vías desde la industria tabaquera. Habiendo detectado que a las fumadoras les preocupa el riesgo de su salud, adaptan la comercialización y el marketing diversificando en apariencia el nivel de riesgo ampliando el abanico de opciones con los «bajos en nicotina y alquitranes», los «lights»... Productos preferidos mayoritariamente por las mujeres y que refuerzan la idea engañosa de que estos productos son más saludables. En consecuencia se dispara la epidemia femenina. En palabras del propio sector tabaquero: *Ellas, las mujeres, son ahora las damas del tabaco. Y no pocas de ellas relevantes figuras sociales, dirigentes de empresas y artistas famosas, cuyos rostros asoman con frecuencia a las páginas impresas o a las pantallas de la TV*⁶.

En España la restauración de la monarquía trae la democracia. No tarda en aprobarse la despenalización de los anticonceptivos en 1981 y en 1986 la del aborto; en consecuencia las españolas dejan de estar sometidas al destino reproductivo. Liberadas de tales cargas, entran en los estancos, espacio hasta entonces no bien visto para ellas y encuentran lo que las campañas tabaqueras les dirigen específicamente, como por ejemplo, participar en el concurso «La más bella fumadora» pudiendo elegir de entre actrices, folclóricas y aristócratas... la más bella fumadora. Mientras las filósofas del feminismo, a menudo con un cigarrillo entre los dedos, conceptualizan términos como la definición de lo accesorio como esencial, de lo adjetivo como sustantivo, del no reconocimiento del conocimiento en referencia a las mujeres y su estatus en la sociedad.

Fumadoras

*En cuanto al hábito de fumar, que en épocas pretéritas fue para las mujeres como un banderín de enganche para la defensa de sus derechos, en la larga batalla por conquistar posiciones de igualdad con el hombre, reivindicando derechos civiles que la sociedad machista les negaba, las más recientes estadísticas de consumo revelan claramente que si éste desciende entre los varones, aumenta en el caso de las fumadoras, como se incrementa su número frente al de ex fumadores que o bien han abandonado ya el hábito o pretenden hacerlo en el futuro*⁶.

A principios de los 80, alguna voz masculina se atreve a reconocer el legado del feminismo, como Fritjof Capra, defendiendo cómo las aportaciones del feminismo han ocasionado un profundo cambio en nuestra visión del mundo que no han sido nada fáciles de aceptar para una parte de la sociedad, principalmente por los hombres, porque los argumentos feministas les obligan a entrar en una realidad extraña que han tratado de contener y refrenar durante siglos. Y que en la medida en que se han esforzado por comprender y asimilar estas contribuciones, se dan cuenta, muy a su pesar, de que los conceptos básicos, el lenguaje, y toda su manera de pensar han sido y son inadecuados. No es un problema solo intelectual, ha comportado una intensa crisis emocional y existencial. Sin embargo superar esta crisis tiene premio, un conocimiento profundo de la naturaleza humana¹⁷. Por otra parte el revolucionario estudio de Hirayama¹⁸ en 1981 sobre cáncer de pulmón en las japonesas no fumadoras expuestas al humo de tabaco de sus maridos fumadores sacó a relucir que asegurar protección ante el humo de tabaco ajeno es una cuestión de género y de derechos humanos.

Se organiza INWAT

En abril de 1990, mujeres de todo el mundo creamos la International Network of Women against Tobacco INWAT (www.inwat.org).

La primera investigación de INWAT culminó en la publicación de *Herstories*¹⁹, que entre otras cosas, evidenció que en los países desarrollados, el consumo de tabaco persiste a pesar del amplio conocimiento sobre la toxicidad de fumar. Comprender la complejidad de todos los factores que inducen a desear fumar entre las mujeres y las jóvenes es un factor clave para afrontar mejor el problema. Las fumadoras, acompañadas por sus cigarrillos afrontan todo tipo de momentos difíciles ya sean la escasez económica, cada vez que se sienten oprimidas, con baja auto-estima, o para controlar el estado de ánimo y sus emociones. Especialmente cuando la adicción es potente. En los países en que la conducta de fumar ha perdido aceptabilidad, quienes continúan fumando lo hacen para expresar rebeldía o para desmarcarse de las normas establecidas, incluso cuando notan que el hecho de fumar margina. En cuanto a la economía, *Herstories* señala que existe relación entre el tabaco, la clase social y las mujeres. En países desarrollados las mujeres de clases bajas fuman más que las de clases altas. En países en desarrollo suele ser lo contrario. El coste económico del tabaco preocupa a las mujeres, tanto el coste social como el coste familiar. Las mujeres observan como el tabaco debilita la economía familiar. Cualquier familia con recursos económicos escasos, sea del país que sea, sufre cuando un

miembro depende del tabaco, sufrimiento que suele repercutir en forma de déficit nutricional, es decir, la familia compra menos comida. El aumento del precio del tabaco no suele reducir el consumo en estas familias, más bien precisan medidas y apoyos complementarios.

En 1994, Ruth Roemer²⁰, una de las impulsoras de INWAT, aboga por la necesidad de un tratado internacional de Naciones Unidas para el control del tabaco que hoy se conoce como el CMCT de la OMS.

En 1998, Gro Harlem Brundtland, ex presidenta de Noruega y reconocida como la única mujer en la alta política claramente feminista asume la Dirección General de la OMS e inicia una nueva etapa en la que integra a mujeres que lideran programas o instrumentos legales en defensa de los derechos de las mujeres y los niños como la Convención para eliminar todas las formas de discriminación de las mujeres (CEDAW, son sus siglas en inglés) y la convención sobre los derechos de la infancia, y crea la Tobacco Free Initiative con el mandato de hacer realidad un tratado internacional de la OMS para el control del tabaco. Se inicia un proceso que unifica los hasta entonces dispersos esfuerzos, y orienta a todas las partes hacia un objetivo común. INWAT, la rama europea y la española se suman con agrado a la iniciativa de Gro Harlem Brundtland. El Convenio Marco para el Control del Tabaco entra en vigor en 2004.

Argumentos liberales con resultado conservador

Todavía hoy existe un enorme desconocimiento acompañado de descrédito de las tradiciones feministas como discurso crítico: Ser mujer es todavía inscribirse en lo social como una construcción androcéntrica, lo femenino como efecto necesario de lo masculino²¹.

Por otra parte, las voces más conservadoras del feminismo han distorsionado el concepto de elección. El Independent Institute, organización financiada entre otras por Microsoft para resistir las presiones del gobierno publica colecciones de ensayos políticos a favor del tabaco, y específicos para las mujeres, de tono aparentemente inclusivos, titulados *libertad para la mujer*, con retrógradas ideas para la mujeres del siglo XXI del estilo *eres tú quien decide*. La palabra clave es *tú decides*. Cada decisión significa autosuficiencia. Las conservadoras del Independent Institute olvidan los 25 años de libre elección de las mujeres y el subterfugio que encierra: enturbia, enquistada y paraliza el debate real sobre el desarrollo del estatus de las mujeres.

En cualquier caso, comprender las razones por las que se ha mantenido invisible el malestar y sus manifestaciones en el cuerpo de las mujeres permitirá dejar de lado una sociedad sexista por patriarcal por otro modelo más evolucionado, justo y humano²².

La importancia de los Tratados Internacionales

La OMS se constituyó en 1946, desde entonces prevalece la idea de que cada ser humano tiene derecho a un nivel máximo de salud. El Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales del año 2000 asume que el derecho a la salud es un derecho inclusivo²³. La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer, de 1979 propugna suprimir la discriminación de la mujer en todos los ámbitos de la atención de la salud. Y con la Plataforma para la Acción de Pequín, 1995, el tabaquismo femenino se convierte en una preocupación global .

En 2004 entra en vigor del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, un tratado internacional, que incluye realmente la perspectiva de género en su implementación y se pueden comentar los siguientes aspectos relacionados con algunos de sus artículos: *Artículo 4* – «Reconoce la necesidad de mantener la vigilancia ante cualquier intento de la industria del tabaco de socavar o desvirtuar las actividades y políticas de control del tabaco, así como la necesidad de impulsar estrategias de control del tabaco específicas con perspectiva de género».

Artículo 8 – Humo de tabaco ajeno. Las recomendaciones del Seminario INWAT-Europa 2005²⁴, apuntan a considerar soluciones acerca de las relaciones de poder y género en aquellas situaciones en que muchas mujeres respiran humo de tabaco, asegurando que su estatus de poder les permita defender el derecho de estar en espacios de convivencia, como el del hogar, libres de humo de tabaco.

Artículo 16 – La venta de tabaco: Asegurar que los menores de edad no consigan tabaco ni lo vendan. Existe evidencia sobre venta de tabaco ilegal a chicas menores de edad y de que son utilizadas para vender el tabaco.

Artículo 17 – Apoyar alternativas económicas para las mujeres que manufacturan y contribuyen desde la subalternidad a expansionar el negocio del tabaco. Ofreciendo oportunidades, apoyo económico y técnico a las mujeres para reconvertir los empleos vinculados con el tabaco. Así como suprimir las decisiones que favorezcan la expansión del tabaquismo. Las mujeres son utilizadas en todo el mundo para cultivar, elaborar y vender tabaco. Es necesario desarrollar formas alternativas de empleo para ellas.

Artículos 20-22 – Los estudios científicos sobre consumo y control del tabaco deben realizarse con perspectiva de género. Desagregando por género los informes técnicos de los estudios. Aplicando Análisis de Género. Las políticas y programas deben responder a cuestiones del tipo: ¿cómo afectan a las mujeres por segmentos? ¿Obtienen consecuencias no pretendidas? ¿Influyen en el estatus de la mujer? ¿Quién diseña las políticas y programas, se basa en la información de los hombres? ¿Los esfuerzos del control de tabaco orientan y reflejan el estatus de las mujeres y los hombres, segmentadamente por grupos sociales, edad y sexo?

Los programas de control del tabaco mejor si son completos. Deben vincular la deshabituación, la información, la legislación, la educación, y la abogacía, desde la perspectiva de género entrelazándose con las agendas de los derechos humanos y de las mujeres.

Para concluir, las políticas de control de tabaco son efectivas cuando además de considerar el consumo de tabaco, atienden también el estatus de la mujer. El CMCT permite planificar y poner en marcha planes completos de control del tabaco con perspectiva de género.

Bibliografía

1. BOE LO3/2007, de 22 de marzo de 2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE nº 71, pág 12622-45 viernes, 23 de marzo de 2007
2. Greaves L, Jategaonkar N, & Sanchez S. (eds) *Turning a New Leaf: Women, Tobacco and the Future*. British Columbia Centre of Excellence for Women's health (BCCEWH) and international network of Women against Tobacco (INWAT). Vancouver: BCCWH, 2006. www.inwat.org. turning
3. Economic Forum Report, *Closing the Global Gender Gap*: <http://www.weforum.org/en/media/Latest%20Press%20Releases/GlobalGenderGapReport2006>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Salud de España. Avance de resultados junio 2006 - enero 2007. Tablas estadísticas con datos provisionales a nivel nacional*. 2007.
5. Nash M: *Mujeres en el mundo*. Alianza. Ensayo. Madrid, 2004.
6. D. Hortas, *el fumador* nº 69 agosto 1999.
7. Amos A; Haglund M: «From social taboo to torch of freedom»: the marketing of cigarettes to women. *Tobacco control*, 2000; 9:3-8.
8. Beauvoir S: *Le deuxième sexe*. Gallimard, Paris, 1949. *El Segundo sexo*. Colección feminismos. Anaya, Madrid, 2005.
9. Doll R & Hill A.B. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking: a second report on the mortality of British doctors. *Br Med J* 1956, 2:1 071-1081...
10. Friedan B: *the feminine mystique*. New York: Dell publishing, 1964.
11. Amorós C: *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*. Cátedra. Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer. 2005.
12. Salleras Ll. *Dona I tabac*. Informe tecnic sobre l'habit tabaquic femení a Catalunya. Informe del Consell assessor sobre el tabaquisme a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2001.
13. Samet JM and Soon-Young Yoon: *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st Century*. WHO/Johns Hopkins School of Public Health. 2001.
14. Bostock Y. *Searching for the solution: women, smoking and inequalities in Europe*. London: INWAT-Europe/ Health Development Agency; 2003.
15. Hirshman L: *Get to work: amanifesto for women of the world*. Penguin. New York, 2006.
16. Stern SL: *Gloria Steinem: her passions, politics and mystique*. New York: Birch Lane Press, 1997.
17. Capra F: *Turning point*. New York, Simon&Schuster, 1982.
18. Hirayama T: Non smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br. Med. J. (Clinical Research Ed)* 1981; 282 (6259): 183-5.
19. *Herstories*. *World Smoking&Health*. Vol.19, No2, 1994. American Cancer Society.
20. Roemer R. *Tobaco and Health*. Edited by Karen Slama. Plenum press. New York. 1995.
21. Ribas M: *La identitat dona*. Barcelona, la desclosa, 2006.
22. Valls Llobet C. *Mujeres invisibles*. Random House Mondadori. Barcelona, 2006.
23. <http://www.who.int/tobacco/en>
24. Sánchez S. *Humo de tabaco ajeno y mujeres en Europa*. International Network of Women against Tobacco-Europe- (INWAT-Europa); 2006.

capítulo 5

Epidemiología del tabaquismo en las mujeres

Begoña Alonso de la Iglesia [1]

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Funcionaria de carrera desde 1994. Jefa de Sección de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saludables. Subdirección General de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saludables. Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia.

Mónica Pérez Ríos [1] [2]

Licenciada en Farmacia y Máster en Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela. Técnica superior en el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud de Pública (Xunta de Galicia). Investigadora contratada por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), adscrita al Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago.

1 Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia

2 Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela



M^º Jesús García Blanco [1]

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela. Grado de Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela. Diplomada en Sanidad por la Escuela Nacional de Salud. Técnica del Servicio de Estilos de Vida Saludables y Educación para la Salud. Corresponsable del Programa Gallego de Promoción da vida sen Tabaco desde 2003. Coordinadora de las campañas Clases sen fume en Galicia desde el curso 2002-2003. Ha sido docente en cursos de formación dirigidos a los profesionales sanitarios desde 2003 sobre abordaje del tabaquismo.

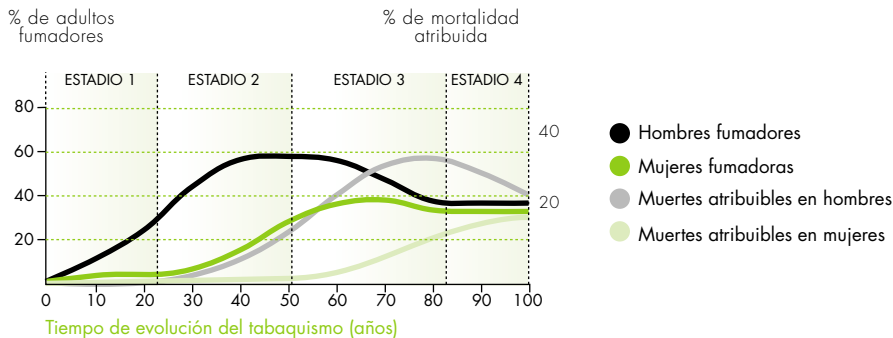
1 Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia

Introducción

Aunque en sus orígenes la epidemiología era la ciencia o doctrina de las epidemias, con el tiempo su definición ha evolucionado y, a pesar de la falta de acuerdo en la definición, la epidemiología hoy en día es el estudio de la distribución de los determinantes de salud (factores físicos, biológicos, sociales, culturales y de comportamiento que afectan a la salud) o de determinados estados de salud o eventos relacionados (incluyendo entre otros enfermedades, causas de muerte o comportamientos) en poblaciones específicas, y la posterior aplicación de este estudio al control de los problemas de salud¹.

El tabaquismo, por su parte, es el mayor problema de salud pública en las sociedades occidentales desarrolladas y un importante problema emergente para los países en vías de desarrollo². El tabaco se empezó a extender por Europa a principios del siglo XVI, pero no fue hasta la introducción del manufacturado a mediados del siglo XIX cuando su consumo se popularizó tanto en América como en Europa. La evolución del tabaquismo en el mundo no fue igual en todos los países, lo que se traduce actualmente en situaciones epidemiológicas diferentes. En los países anglosajones se comenzó a fumar antes que en el resto de Europa y en la Europa mediterránea el consumo de tabaco es un fenómeno más reciente. López y colaboradores³ desarrollaron a mediados de los años 90 un modelo teórico para describir la evolución de la epidemia tabáquica en los países desarrollados que, aunque no todos los países la siguen en detalle, permite caracterizar la evolución del tabaquismo en el mundo, especialmente en ausencia de políticas de control efectivas es muy útil. El modelo describe la epidemia tabáquica en cuatro fases basándose en el análisis de tres variables: la prevalencia de consumo, la cantidad de cigarrillos fumados y la mortalidad, asimilada en este caso a la mortalidad por cáncer de pulmón (figura 1). Este modelo pone en evidencia diferencias en los patrones de consumo entre sexos, así muestra que las mujeres empiezan a fumar después que los hombres y que fuman menos cigarrillos. Pero también muestra cómo la diferencia de patrones entre sexos varía en función de la fase epidémica.

Figura 1. Fases de la epidemia tabáquica³.



Para describir el consumo de tabaco en una población el indicador más utilizado es la prevalencia de consumo, cuyos valores proceden de encuestas que tienden a infraestimar el valor real y no siempre permiten la comparación entre diferentes poblaciones, ya que utilizan distintas definiciones en la categorización del consumo. Por lo tanto, los autores incluyeron el consumo de cigarrillos como indicador, aunque no es tan valioso como la prevalencia, debido a que su valor varía mucho según el nivel socioeconómico del lugar estudiado. Por último, la mortalidad por cáncer de pulmón también es un indicador de fase, que refleja de manera aproximada la prevalencia de consumo de tabaco 20 o 30 años antes. Las diferentes fases de la epidemia se caracterizan por:

Fase I: Los principales consumidores de tabaco son las clases altas, principalmente los hombres, la morbilidad es casi nula y la tasa de mortalidad de cáncer de pulmón es similar a la observada en poblaciones contemporáneas constituidas por no fumadores. La prevalencia de consumo y la cantidad de cigarrillos consumida es baja.

Fase II: Se incorporan al consumo de tabaco el resto de las clases sociales, pero sigue siendo la clase alta la principal consumidora. La prevalencia de consumo aumenta, si bien en el sexo masculino puede llegar a ser el doble que en el femenino. La cantidad de cigarrillos consumidos, fundamentalmente por los varones, aumenta mucho. En esta fase el 10% de la mortalidad en hombres es debida al consumo de tabaco, en ellos la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón aumenta, oscilando entre 5 y 50/100.000.

Fase III: La prevalencia de consumo entre los hombres disminuye y en las mujeres parece estabilizarse, pero la cantidad de cigarrillos fumados aumenta de manera importan-

te en ambos sexos. La mortalidad atribuida en hombres supone entre un 25-30% de la mortalidad total y en mujeres no llega a alcanzar el 5%. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres es de 110-120/100.000 y en las mujeres alcanza 25-30/100.000.

Fase IV: El número de fumadores disminuye, tanto en hombres como en mujeres, aunque en los primeros el descenso es más acusado. La mortalidad atribuida al tabaco puede llegar a suponer el 35% de las muertes, la mortalidad en las mujeres aumenta pero sin alcanzar las cotas de la población masculina. Al final de esta última fase la mortalidad atribuida al consumo de tabaco empezará a descender.

Para el estudio de la epidemiología del tabaquismo en las mujeres nos centraremos principalmente en la prevalencia a nivel mundial y en España (consumo poblacional y en grupos específicos: jóvenes, embarazadas y profesionales sanitarias) y revisaremos la exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco (HAT) y la mortalidad atribuida al tabaquismo.

Evolución histórica del consumo de tabaco en las mujeres

Desde que se tiene conocimiento de la existencia de la planta del tabaco, las mujeres la utilizaron con fines mágicos, religiosos, medicinales o lúdicos⁴. Pero el inicio del consumo en las mujeres, entendido como consumo poblacional no ligado a grupos concretos, sucedió en Estados Unidos (EEUU) y posteriormente se fue extendiendo al resto del mundo desarrollado. Allí el consumo de tabaco en las mujeres antes de 1935 era puramente anecdótico y en el período comprendido desde la Guerra Civil americana hasta los años 20 que las mujeres fumasen era social y moralmente inaceptable. Cambios sociales y económicos se acompañaron de un aumento de la prevalencia entre el sexo femenino, ligado siempre al concepto de igualdad entre sexos. Fue la II Guerra Mundial la que marcó la incorporación masiva de la mujer norteamericana al consumo de tabaco, situándose en el 30% al final de la Guerra. En los años 60 sucedió la segunda incorporación importante de la mujer al consumo, a expensas de las mujeres más jóvenes y las adolescentes, llegando la prevalencia hasta el 50% en 1965⁵. A finales del siglo XX en los países desarrollados ya se evidenciaba un descenso de la prevalencia en hombres pero aun iba acompañado de un aumento en mujeres. En los países en vías de desarrollo hoy en día las prevalencias aumentan de forma alarmante en las mujeres aunque no llegan a igualar aun a sus iguales de los países desarrollados.

Mujeres y tabaco. Situación actual de la epidemia en el mundo

Prevalencias de consumo

Aproximadamente el 22% de las mujeres en el mundo desarrollado y el 9% en los países en vías de desarrollo fuman tabaco⁶. A partir de estas cifras se puede decir que 200 millones de mujeres consumen cigarrillos, pero además se debe tener en cuenta otros tipos de consumo; ya que en algunas zonas de la India, como Mumbai, el 56% de las mujeres lo mastican⁷. Se espera que la prevalencia de consumo a nivel mundial en el sexo femenino alcance el 25% en el año 2025, momento en el que habrá 532 millones de mujeres fumadoras. Por lo tanto, si bien la epidemia tabáquica entre los hombres ya está en declive, en las mujeres aun no ha alcanzado su techo y no lo hará hasta bien entrado el siglo XXI.

La epidemiología del tabaquismo cambia al analizar la situación en países como EEUU, Reino Unido, Canadá o Australia en donde la prevalencia tabáquica entre el sexo femenino ha disminuido. En los países del Este de Europa, como por ejemplo en la antigua Unión Soviética, el aumento de la prevalencia entre las mujeres jóvenes es rápido, tal y como sucedió en la década de los 70 en España, Italia o Grecia⁸. Pero el mayor problema aparece cuando se estudian los países en vías de desarrollo como Camboya, Malasia o Bangladesh en donde el aumento en la prevalencia es muy importante⁹. Si bien un patrón más típico en la evolución de la epidemia es la convergencia de prevalencias entre sexos, tal y como ha ocurrido en Norte América o en algunos países de Europa⁸, pero en algunos países como las Islas Cook, Nauru, Papua Nueva Guinea, Noruega y Suecia, la prevalencia de consumo en las mujeres supera a la de los hombres¹⁰.

Exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco

En los últimos años se ha demostrado que la exposición al HAT supone también un importante problema de salud pública. El IARC (International Agency for Research on Cancer) en el año 1986, basándose en la composición de la corriente principal y secundaria, su consiguiente absorción a través de las membranas durante la exposición involuntaria y la existencia de una relación dosis-respuesta, concluyó que el tabaquismo pasivo aumentaba el riesgo de padecer cáncer. En 1992 la EPA (U.S. Environmental Protection Agency) declaró que el HAT era carcinógeno. Establecer la prevalencia de exposición a nivel poblacional acarrea muchos problemas e incertidumbres, ya que no existe ni siquiera acuerdo de cómo definir a un expuesto. Distintas investigaciones llevadas a cabo sobre este tema afirman que la exposición al HAT está relacionada con la ocupa-

ción y el estatus socioeconómico, estando más expuesta la población que se dedica a trabajos no especializados o en el sector servicios, la que tiene menores salarios o menor nivel educativo¹¹. En países como EEUU se afirmó que casi toda su población está en riesgo de estar expuesta a este carcinógeno, especialmente la población trabajadora¹².

Mortalidad atribuible

La estimación de la mortalidad atribuida tanto al consumo como a la exposición al HAT son indicadores muy interesantes de la epidemia de tabaquismo. Se desconocen datos de exposición a este carcinógeno ambiental a nivel mundial lo que hace que la estimación de la mortalidad atribuida a su exposición sea muy difícil y esté plagada de limitaciones. En el año 2000 se atribuyeron al consumo de tabaco 5 millones de muertes prematuras en el mundo, de las cuales 1 millón se estima que sucedieron en el sexo femenino¹³. Pero si las tendencias actuales de prevalencia se mantienen, en el año 2020 se espera que la mortalidad atribuida mundial supere los 9 millones¹⁴.

Un estudio llevado a cabo a nivel europeo estima en 79.500 las muertes atribuidas a la exposición al HAT en los 25 países de la Unión (UE-25) para la población general, no habiendo datos desagregados por sexo¹⁵ (Tabla I).

Tabla I. Mortalidad atribuida a la exposición al HAT¹⁵.

		HOGAR	LUGARES DE TRABAJO		TOTAL
			TODOS	HOSTELERÍA	
Población general	UE-25	72.170	7.280	325	79.449
	España	5.463	841	37	6.305
Población no fumadora	UE-25	16.443	2.799	89	19.242
	España	1.193	306	9	1.498

Causas de muerte incluidas: cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, ictus, enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas.

Es de esperar que la implantación de distintas leyes, al amparo del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo, limitando el consumo de tabaco en lugares públicos y de trabajo se traduzca en un descenso progresivo de la prevalencia de exposición a nivel mundial.

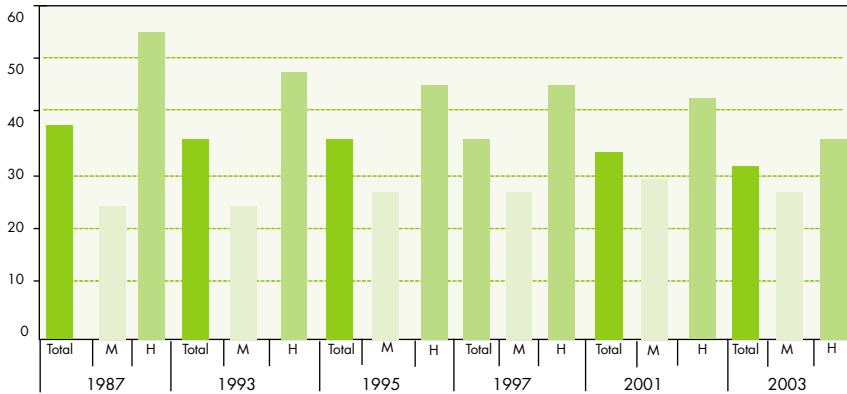
Mujeres y tabaco. Situación actual de la epidemia en España

Actualmente, España se encuentra en la fase 3 del modelo teórico de la epidemia del tabaquismo³, en un estadio más retrasado en la población femenina respecto a la masculina, seguramente debido a la situación social y política vivida por nuestro país en el siglo XX¹⁶. Esta fase se caracteriza por un incremento del consumo entre las mujeres, un descenso importante en los varones y un gran aumento de la mortalidad atribuible en ambos sexos, aunque mucho más importante entre los hombres. Los programas de prevención en la escuela y las políticas de control del tabaquismo están más implantados y comienzan a delimitarse espacios sin humo en los lugares públicos. Además, el nivel de conocimientos de la población sobre los efectos del tabaco sobre la salud es alto, por lo que fumar comienza a ser una conducta socialmente inadecuada y el número de ex fumadores es importante, especialmente entre los hombres.

Prevalencia de consumo

En España en los últimos años se ha observado una disminución progresiva del consumo de tabaco global, situándose en el momento actual en torno al 31% de la población mayor de 15 años¹⁷, con un descenso próximo a los 7 puntos porcentuales desde 1987, momento en el que la prevalencia alcanzaba el 38,4%¹⁸. En este período, el tabaquismo continúa siendo más frecuente entre los hombres que en el sexo femenino (37,6% vs. 24,7%), pero se observa un importante incremento entre las mujeres, superior al 50%, y de forma especial entre los grupos de edad más jóvenes (38,4% vs. 42,7% en el grupo de 16-24 años y 33,6% vs. 43,5% entre las de 25-44 años), en contraposición al descenso observado entre los hombres y en especial en los mismos grupos de edad (54,5% vs. 40,8% en el primer grupo y 64,2% vs. 52,6% en el segundo) (figura 2).

Hasta la década de los setenta la prevalencia de tabaquismo en las mujeres era inferior al 5%¹⁶. A partir de este momento el consumo comienza a aumentar de una manera sostenida, a expensas fundamentalmente de mujeres con estudios universitarios o medios, alcanzando sus valores máximos entre 1995 y 2001. A partir de finales de los ochenta el consumo global comienza a disminuir, fundamentalmente entre las mujeres de mayor nivel educativo, pero se incrementa de forma importante en los grupos de mujeres con condiciones socioeconómicas más desfavorecidas y menor nivel

Figura 2. Población fumadora según sexo. España, 1987-2003¹⁷.

H: hombres; M: mujeres

educativo; entre los varones la prevalencia se reduce igual en todos los niveles educativos¹⁹.

Esta tendencia a la baja del tabaquismo en España también se observa en las últimas encuestas realizadas a nivel autonómico, situando la prevalencia global de población que fuma a diario en torno al 25%²⁰⁻²², tendencia que parece verse acentuada positivamente con el nuevo marco social generado por la entrada en vigor de la Ley 28/2005²³. Así, los primeros resultados de la encuesta sobre conductas de riesgo llevada a cabo en Galicia en 2007 (datos no publicados) sitúa el consumo de tabaco en la población de 16 a 74 años en un 23,3% (IC: 21,9-24,7), observándose una disminución del consumo diario (FD) y ocasional (FO) tanto en mujeres [FD: 16,5% (15,2-17,9); FO: 2% (1,5-2,5)] como en hombres [FD: 25,7% (24,1-27,3); FO: 2,6 (2,1-3,2)].

En España, los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el sexo. Estas diferencias aumentan con la edad, de tal manera que en la cohorte más joven, de 16 a 24 años, las prevalencias de consumo son muy similares en ambos sexos, mientras que en la cohorte de mayor edad (≥ 65 años) la proporción de personas que no han fumado se acerca o supera el 95% entre las mujeres y sólo alcanza el 30% entre los varones (Tabla II).

Tabla II. Consumo de tabaco por sexo y grupo de edad. España 2003¹⁷.

Población ≥ 16 años	Fumador diario	Fumador ocasional	Ex fumador	Nunca fumador
Ambos Sexos	28,12	2,85	17,34	51,69
16 - 24	32,99	3,99	3,95	59,07
25 - 34	36,45	4,07	10,73	48,75
35 - 44	40,23	3,43	21,25	35,08
45 - 54	33,60	2,50	22,49	41,42
55 - 64	16,91	2,16	20,96	59,97
65 - 74	9,71	1,16	23,48	65,65
≥ 75	3,93	0,54	24,34	71,18
Varones	34,15	3,41	24,67	37,77
16 - 24	34,79	3,75	3,66	57,80
25 - 34	38,65	4,83	9,92	46,60
35 - 44	44,39	3,82	22,19	29,59
45 - 54	41,81	2,50	28,54	27,15
55 - 64	26,82	2,98	36,28	33,92
65 - 74	18,99	2,54	48,73	29,73
≥ 75	8,56	1,25	57,37	32,82
Mujeres	22,39	2,31	10,37	64,94
16 - 24	31,10	4,24	4,25	60,40
25 - 34	34,13	3,28	11,59	51,00
35 - 44	36,02	3,03	20,30	40,65
45 - 54	25,51	2,49	16,52	55,48
55 - 64	7,54	1,38	6,48	84,59
65 - 74	2,36	0,07	3,49	94,08
≥ 75	0,81	0,05	2,05	97,09

En ambos sexos predomina el consumo diario sobre el ocasional, situándose el mayor consumo (40,2%) en el grupo de edad de 35 a 44 años.

Un 17,3% de la población declara haber dejado el tabaco, siendo el abandono del consumo entre las mujeres mucho menor que entre los varones (10,4% vs. 24,7%). Entre las mujeres, las ex fumadoras se sitúan por debajo de los 50 años de edad, mientras que en los varones la tendencia de abandono aumenta con la edad, llegando al 57% entre los mayores de 75 años.

Si analizamos el consumo de tabaco de las mujeres según la comunidad autónoma de residencia (Tabla III), los menores consumos se sitúan en Galicia (17,9%), Castilla-La Mancha (18,8%), Ceuta y Melilla (19%), mientras que el mayor consumo se detecta en Baleares y Andalucía (28%), Navarra y Valencia (27,5%), Asturias y Madrid (27%). El mayor número de abandonos del tabaco se dan en el País Vasco, Castilla-La Mancha, Navarra y Madrid.

En cuanto al perfil de las mujeres fumadoras de 16 o más años de edad en relación con los hombres, destaca que las fumadoras diarias se inician en el consumo a edades más tardías (18 ± 5 vs. $16,9 \pm 3,9$ años), presentan una menor intensidad de consumo (33,4% fuman 20 cigarrillos o más frente al 46,4% de los hombres), fuman más cigarrillos con filtro y tabaco *light*, tiene una antigüedad de consumo menor, un menor porcentaje de abandonos (10,4% vs. 24,7%) y una menor duración de la abstinencia ($7,9 \pm 8$ años vs. $11,6 \pm 10$ años)¹⁷. Alrededor del 75% de las mujeres fumadoras desearían no haberse iniciado en el consumo, que generalmente atribuyen a la presión social y al glamour asociado al hecho de fumar.

Tabla III. Características del consumo de tabaco de las mujeres según comunidad autónoma¹⁷.

CCAA	Fumadoras			Ex Fum	N.º cigar. día		Edad inicio (media \pm DS)
	Diario	Ocasional	Total		1-19	≥ 20	
Andalucía	25,6	2,4	28,0	7,6	70,2	29,8	17,9 \pm 5,1
Aragón	23,3	1,2	24,5	7,7	64,0	36,0	18,4 \pm 5,6
Asturias	24,0	2,8	26,8	10,6	62,2	37,8	17,9 \pm 4,6
Baleares	25,9	2,5	28,4	11,0	69,8	30,2	19,1 \pm 7,1
Canarias	21,8	1,7	23,5	5,3	58,4	41,6	18,6 \pm 6,1
Cantabria	20,8	1,7	22,5	10,3	54,9	45,1	18,1 \pm 2,8
Castilla y León	19,6	2,2	21,8	11,0	64,8	35,2	17,9 \pm 4,2
Castilla-La Mancha	15,3	3,5	18,8	14,0	60,5	39,5	19,0 \pm 7,0
Cataluña	20,9	1,9	22,8	11,4	70,1	29,9	17,9 \pm 4,9
Valencia	25,4	2,1	27,5	9,0	69,6	30,4	17,6 \pm 4,4
Galicia	16,2	1,7	17,9	8,6	59,4	40,6	18,0 \pm 4,6
Madrid	23,6	2,9	26,5	13,8	61,7	38,3	18,1 \pm 5,2
Murcia	20,6	2,6	23,2	8,8	68,7	31,3	17,4 \pm 4,7
Navarra	25,2	2,3	27,5	13,7	67,3	32,7	17,6 \pm 4,4
País Vasco	22,1	3,4	23,5	15,5	72,7	27,3	18,2 \pm 4,1
La Rioja	22,3	2,9	25,2	9,0	67,3	32,7	18,5 \pm 4,7
Ceuta y Melilla	17,7	1,3	19,0	5,5	66,7	33,4	20,3 \pm 7,6
Total	22,4	2,3	24,7	10,4	66,6	33,4	18,0 \pm 5,0

Las mujeres siguen fumando un menor número de cigarrillos al día que los hombres, aunque la tendencia es hacia un incremento paulatino del consumo en todos los grupos de edad, mientras entre los hombres disminuye¹⁷. El 56% de los hombres fuman más de una cajetilla al día y sólo el 19,6% fuman menos de 10 cigarrillos, mientras que entre las mujeres se sitúa en 33,4% y 32,5% respectivamente. Los mayores consumos se producen en la cohorte de 45 a 54 años en ambos sexos¹⁷ (Tabla IV).

Tabla IV. Consumo de cigarrillos (%) al día según sexo y grupo de edad¹⁷.

	Mujeres			Hombres		
	< 10 cig	10-19 cig	≥ 20 cig	< 10 cig	10-19 cig	≥ 20 cig
16-24 años	42,2	37,9	19,8	30,5	33,0	36,5
25-34 años	33,2	36,1	30,7	21,2	25,2	53,6
35-44 años	27,7	34,2	38,1	12,2	23,4	64,5
45-54 años	28,8	27,8	43,3	14,2	16,2	69,6
55-64 años	30,1	31,8	38,1	19,6	21,5	58,9
56-74 años	28,1	31,9	39,9	29,1	29,6	41,3
≥ 75 años	67,9	1,4	30,6	43,7	30,3	26,1
Total	32,5	34,1	33,4	19,6	24,3	56,1

El tabaquismo se relaciona con el nivel educativo en ambos sexos. En los países en los que el tabaquismo está en recesión, las mujeres fumadoras se caracterizan por tener un nivel de educación menor, un empleo de baja cualificación con bajo nivel de ingresos o estar en desempleo²⁴. En España, el consumo de tabaco en las mujeres aun no se ajusta totalmente a este patrón, pero la tendencia evolutiva va en este sentido²⁵. Las mujeres con mayor nivel educativo fueron más proclives a iniciarse antes en el consumo, pero también son las que lo están abandonando antes. Datos recientes indican una inversión de la prevalencia en relación con el nivel educativo siguiendo la evolución iniciada en los hombres. Se espera que esta disminución se acelere cuando las consecuencias de fumar sobre la salud de las mujeres comiencen a hacerse más visibles, no debemos olvidar que las tasas de cáncer de pulmón entre las españolas son de las más bajas de Europa. En la última encuesta de salud¹⁷ el consumo de tabaco entre las mujeres analfabetas o sin estu-

dios era prácticamente anecdótico (6%) y muy diferente al de los hombres del mismo nivel cultural (26,7%). Las mayores prevalencias se observaron entre las mujeres con estudios secundarios de segundo ciclo y postsecundarios y entre los hombres con estudios primarios o secundarios (Tabla V).

Tabla V. Consumo de tabaco en población ≥ 16 años según nivel estudio (%)¹⁷

Nivel estudios	Mujeres	Hombres	Total
Analfabetos o sin estudios	6,0	26,7	14,2
Primarios y secundarios 1.º nivel	24,0	41,3	32,7
Secundarios de 2.º nivel y postsecundarios	37,4	39,1	38,3
Universitarios	26,8	30,2	28,4

Coincidiendo con la incorporación de la mujer al consumo, el mercado de tabaco en España cambió, pasando de un predominio de cigarrillos negros en 1978 (82% del consumo) a un predominio de los rubios (74,6%) en el 2001. Las mujeres españolas consumen preferentemente tabaco rubio con filtro. Las mujeres fuman más cigarrillos bajos en nicotina que los hombres, debido a la influencia de la publicidad de estos productos, que los presentaban como más saludables. La mayor parte de la publicidad de tabaco aparecida en la televisión entre 1982 y 1988 fue de productos *light* y generalmente dirigida a mujeres²⁶.

Adolescentes y jóvenes

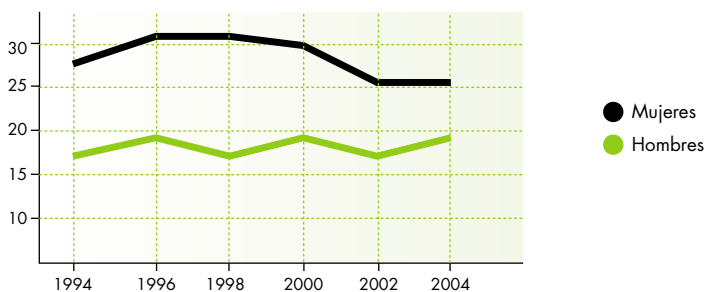
A pesar de los conocimientos actuales sobre los problemas inherentes al consumo de tabaco, ligados al aumento del riesgo a medida que disminuye la edad de inicio, las políticas de prevención del tabaquismo no han conseguido frenar la tendencia decreciente de la edad de experimentación, que se sitúa en la actualidad en torno a los 13 años^{27, 28}, no existiendo diferencias significativas en cuanto al sexo. Sin embargo, la evolución de la edad de inicio entre 1994-2004 pone de manifiesto un adelanto más acusado entre las chicas (14,1 y 13,2 años respectivamente) que entre los chicos (13,7 y 13,1)²⁷.

Es difícil comparar los resultados de las diferentes encuestas realizadas en nuestro entorno entre sí y con otras encuestas internacionales, debido a que utilizan diferentes defini-

ciones de consumo y engloban a poblaciones de diferentes grupos de edad. Según la ENS 2003¹⁷ el 37% de la cohorte de edad más joven (16-24 años) fuma, el 33% a diario y un 4% de forma ocasional, observándose un predominio del consumo diario de los varones sobre las mujeres (34,8% vs. 31,1%). Sin embargo, las últimas encuestas sobre consumo de drogas en la población escolar de 14 a 18 años, muestran que un 60% han fumado alguna vez en su vida (64% de las chicas vs. 57% de los chicos), porcentaje que se incrementa al ir aumentando la edad, llegando al 77% en la cohorte de 18 años. Se observa una disminución global del consumo diario de tabaco en los últimos 30 días de 9 puntos porcentuales (30,5% en el 2000 y 21,5% en el 2004), con tendencia a disminuir en ambos sexos, pero con un predominio mantenido en los últimos años de las mujeres sobre los varones (33,1% vs. 24,2% en el 2002 y 24,1% vs. 18,9 en el 2004)^{27, 29}. Este predominio del consumo de tabaco de las chicas también se observa en otros estudios²⁸, destacando en la cohorte de 17 a 18 años una prevalencia de fumadoras de 37,4% frente al 25,7% de los varones.

El consumo medio entre los escolares de 14 a 18 años se sitúa alrededor de los 7,7 cigarrillos al día, incrementándose la media de cigarrillos consumidos con la edad (5,6 en la cohorte de 14 años y 9,5 en la de 18). Un 21% de los fumadores consumen más de 10 cigarrillos/día (20% de las chicas vs. 22,7% en los chicos). Al igual que en la cohorte de 16 a 24 años de la ENS 2003, la cantidad de cigarrillos fumados al día es menor entre las chicas que entre los chicos (7,5 vs. 8,1 cigarrillos/día) (figura 3).

Figura 3. Evolución de la prevalencia (%) de consumo diario de tabaco en España (1994-2004) entre los estudiantes de enseñanza secundaria de 14 a 18 años²⁷.



Es conocido que el consumo de tabaco de los padres o hermanos es un factor predisponente del consumo en la adolescencia. Aunque se observa una discreta disminución en el 2004 respecto a 1994 (62,6%), un 57,6% de los jóvenes de 14 a 18 años conviven con algún fumador en su hogar: padre (33,2%), madre (32,2%) y hermano/a (16,3%).

Mujeres embarazadas y en período de lactancia

Fumar durante el embarazo no sólo supone un riesgo para la madre, sino también para el feto y el niño o la niña. La relación entre el consumo de tabaco durante el embarazo y la lactancia y los efectos perjudiciales para la salud del feto o del niño está ampliamente documentada desde el año 1964³⁰. El informe del Surgeon General de 2004³¹ estableció la relación causal entre el consumo de tabaco y la muerte fetal y neonatal, el bajo peso al nacer y las complicaciones en el embarazo.

Se sabe que los datos de consumo de tabaco durante el embarazo están infraestimados, pues la mayoría de los estudios están basados en datos aportados por la propia mujer y posteriormente cuando son validados, empleando marcadores bioquímicos demuestran que las embarazadas tienden a ocultar su consumo^{32, 33}.

La prevalencia de consumo de tabaco durante el embarazo varía de manera importante en el mundo. En muchos países industrializados, como por ejemplo EEUU, la prevalencia ha descendido de manera importante³⁴. Así, en 1967 el 40% de las mujeres blancas embarazadas fumaban, en 1980 el 25%³⁵ y en 2000 sólo lo hacían el 12%³⁶. Estas tendencias decrecientes en los países desarrollados probablemente sean debidas a menores iniciaciones en el tabaquismo, además de los ceses del consumo durante el embarazo.

Diferentes estudios observacionales establecieron que del 20% al 40% de las embarazadas fumadoras dejaban el tabaco durante el embarazo^{35, 37} y que la mayoría lo hacen en los primeros meses de gestación³⁷⁻³⁹.

Las mujeres que más riesgo tienen de seguir fumando durante el embarazo son las más jóvenes³⁴, las que consumen más de 20 cigarrillos al día³⁸, las que tienen una pareja que fuma⁴⁰, están solteras o separadas^{40, 41}, las que dicen estar estresadas⁴² o deprimidas⁴³, las que ya tienen más hijos⁴⁴ y las de menor nivel educativo^{37, 45}. Las mujeres que desarrollan trabajos manuales tradicionalmente masculinos u ocupaciones en las que se sirve alcohol son más propicias a seguir fumando durante el embarazo⁴⁶.

En España⁴⁷, la prevalencia de consumo de tabaco durante el embarazo en el período comprendido entre 1978-2002 (sin incluir Ceuta y Melilla) fue del 26,6% (26-27,2), observándose un aumento muy acusado hasta principios de los años 90 y desde ese momento no se manifestó una disminución significativa de la misma. Cuando los datos se muestran por CCAA aparecen diferencias importantes, así en Galicia en el mismo período la prevalencia estimada fue del 16,8% (15-18,7) y en la Comunidad de Madrid del 34,4% (31,8-37,2).

Estudios en diferentes CCAA muestran resultados diferentes, si bien han de ser comparados con cautela debido a la diferente metodología empleada⁴⁸. Así, en Galicia entre 1975-2004, la prevalencia de consumo durante la gestación y los seis primeros meses de lactancia, se sitúa en el 31,9%⁴⁹. En Barcelona⁵⁰ en el período 1994-2001 la prevalencia de fumadoras al final del embarazo fue de 25,2%, disminuyendo cuando se lleva a cabo el análisis por bienios.

Otros estudios en España midieron la cesación tabáquica durante el embarazo y concluyeron con abandonos que se situaron entre el 42% y el 63%⁴⁹⁻⁵³. El consumo de cigarrillos/día entre las mujeres embarazadas es más bajo que en población general española en edad reproductiva¹⁷; el 71,1% de las embarazadas fumaban menos de 10 cigarrillos/día⁴⁷ y en población general la moda de consumo está entre 10 y 19 cigarrillos¹⁷.

Profesionales sanitarias

Un colectivo que debemos mencionar de forma específica son las mujeres con profesiones sanitarias, no sólo por la función modélica dentro de la sociedad sino también por la actuación profesional que deben desempeñar con la población fumadora y que se pueden ver condicionadas por su consumo de tabaco.

En la actualidad, los datos disponibles a nivel nacional están un poco obsoletos, pues datan de la encuesta realizada a profesionales sanitarios (personal médico y de enfermería) del territorio INSALUD en 1998. Se observa una diferencia significativa en el consumo entre el personal médico (34,7%) y el de enfermería (43,2%), así como en el abandono del mismo (30,7% y 25,8% respectivamente)⁵⁴. Al analizar los datos según sexo y nivel profesional se observan las mayores prevalencias entre las mujeres de ambas profesiones (médicos 34,5%, médicas 35,2%; 34% de los enfermeros, 45,2% de las enfermeras). Varias Comunidades han realizado sus propias encuestas encontrándose prevalencias más bajas, como en Cataluña (en el 2002, 24,5% en personal médico y 35% en enfermería⁵⁵, Madrid (43,1% en 1998 y 43% en 2002)⁵⁶ o en Galicia (1998 y 2006)⁵⁷.

Los resultados obtenidos en la última encuesta gallega (Tabla VI) referentes al consumo entre los sanitarios, no muestran diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, destacando la alta prevalencia de los no fumadores entre los profesionales menores de 35 años y los ex fumadores de más de 45 años⁵⁷.

Tabla VI. Prevalencia (%) de consumo de tabaco en las profesionales sanitarias gallegas según nivel profesional.

	Atención primaria		Atención especializada	
	Médicas	Enfermeras	Médicas	Enfermeras
Fumador diario	17,8	23,1	14,4	20,7
Fumador ocasional	4,2	3,8	3	3,5
Ex fumador	41,3	38,7	30,1	35,3
Nunca fumador	36,6	34,4	52,5	40,6

Exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco

Los estudios realizados en España sobre exposición al HAT son escasos y generalmente impulsados por CCAA o sociedades científicas. En Galicia, se analizó la exposición en el hogar, trabajo y ocio, resultando que el 74,6% (73,2-75,9) de la población de 16 a 74 años está expuesta al HAT en algún momento, siendo esta exposición global más importante en los varones [80,5% (79,0-82,1)] que en las mujeres [68,2% (66,1-70,4)]⁵⁸. Otro estudio similar llevado a cabo en Barcelona sobre exposición en el hogar y el trabajo en población urbana de 15-64 años mostró resultados similares (69,7% de exposición)⁵⁹. Cuando analizamos de forma independiente cada uno de los entornos vemos que la exposición de las mujeres es mucho más alta en el hogar, mientras que los varones tienen una mayor exposición en los lugares trabajo y ocio^{58, 60}.

Un estudio reciente sobre mortalidad atribuida al tabaquismo pasivo en España, considerando solo como causas de muerte aquellas con relación causal establecida (cáncer de pulmón y cardiopatía isquémica), concluyó que en el año 2002, la exposición al HAT fue causa de 1.028 a 3.237 muertes; 620 a 1.534 en mujeres y 408 a 1.703 en varones⁶¹.

Es de esperar, que la aplicación de leyes más restrictivas orientadas a disminuir, entre otros factores, la prevalencia de exposición al HAT hagan disminuir las prevalencias de exposición actuales, como sucedió en países que precedieron temporalmente a la ley española, como EEUU, en donde las prevalencias actuales se sitúan alrededor del 40% en adultos³.

Mortalidad atribuible al consumo de tabaco

En España, en el año 2001, se atribuyeron al consumo de tabaco 49.072 muertes, de las cuales un 9% se produjeron en mujeres⁶². Estas estimaciones permiten afirmar que el tabaco estuvo implicado en el 2,6% de la mortalidad de las mujeres españolas mayores de 35 años en ese año. Según la fuente consultada las muertes atribuidas pueden elevarse hasta 54.233⁶³, suponiendo el mismo porcentaje de mortalidad atribuida entre las mujeres. Las divergencias son debidas a las causas de muerte incluidas. Si se analiza de manera independiente la mortalidad atribuida al consumo de tabaco por cáncer de pulmón, principal indicador de la epidemia tabáquica, se observan diferencias importantes entre las tasas estandarizadas de mortalidad atribuida, siendo entre las mujeres muy inferiores a las de los hombres⁶⁴ (Figura 4).

Conclusiones

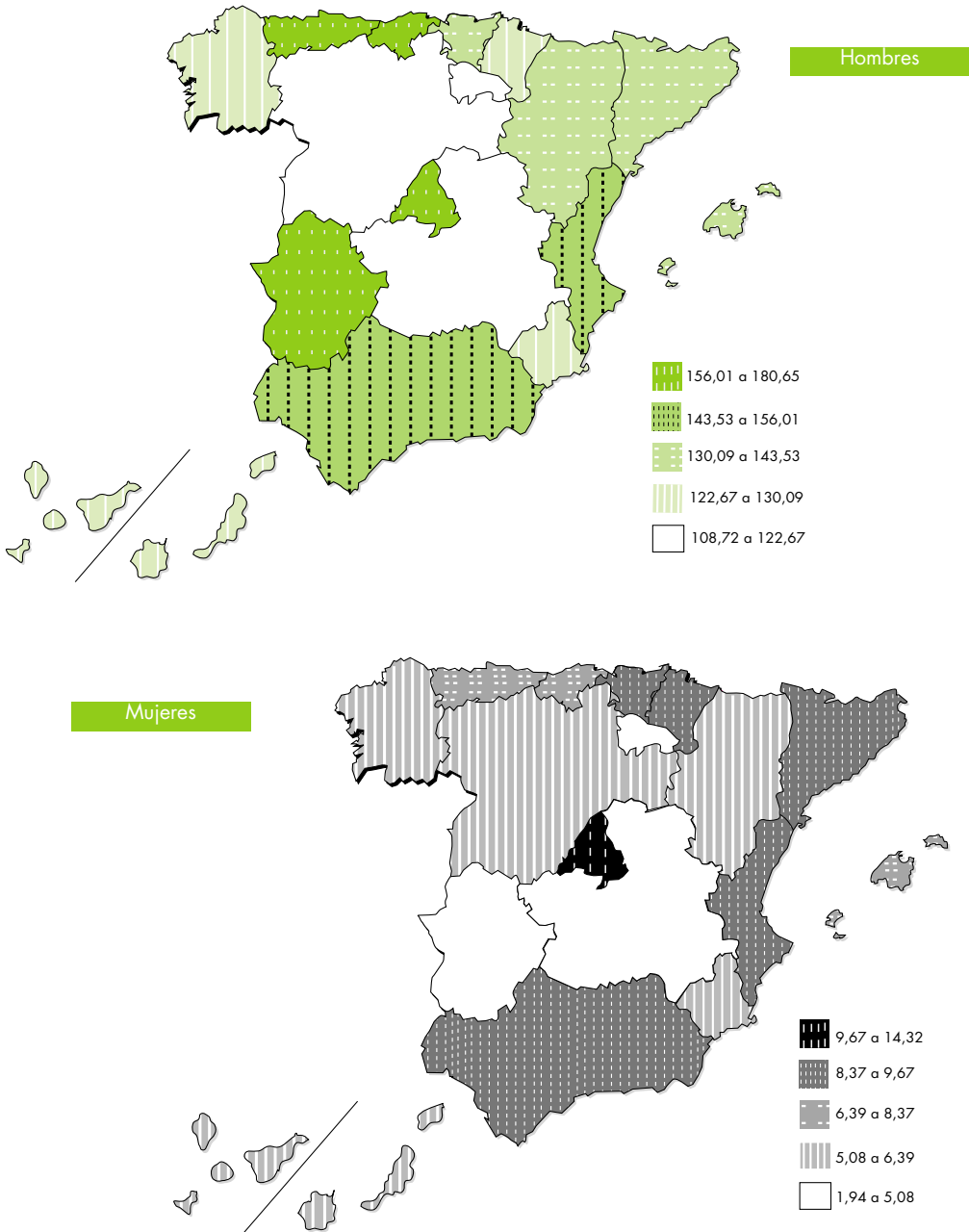
El estudio de la epidemiología del tabaquismo en las mujeres, a cualquier nivel, demuestra que el consumo de tabaco es un problema de salud pública de primer orden. Existe una importante necesidad de reconocer que el problema del tabaquismo en el sexo femenino es un problema mundial y que es necesario el diseño y puesta en marcha de políticas específicas, tanto a nivel internacional como nacional.

Las mujeres que viven en países en vías de desarrollo y aquellas que pertenecen a los colectivos sociales más desfavorecidos deberían ser objetivos prioritarios de las políticas destinadas a evitar el inicio o a disminuir el consumo.

Debido a las características del patrón de consumo de tabaco de las mujeres españolas, junto con la menor morbilidad observada en ellas en relación con los varones fumadores hace que las mujeres sean vistas como consumidoras de menor riesgo, lo que se traduce en una menor intención de abandono y un sesgo de género en el diagnóstico de patologías relacionadas con el tabaquismo.

Podemos, pues, concluir que la situación del consumo de tabaco en España sigue siendo preocupante, fundamentalmente entre las mujeres, en las que la tendencia ha sido creciente en las últimas décadas. La morbilidad y la mortalidad asociada al consumo de tabaco seguirán representando una carga, cada vez más importante, de enfermedad y muerte en la mujer cada año.

Figura 4. Mortalidad atribuida por cáncer de pulmón en hombres. Tasas por 100.000 habitantes estandarizadas a la población española de 2001.



Bibliografía

1. Last J. A Dictionary of Epidemiology. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367(9524): 1747-57.
3. Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3: 242-7.
4. Berman BA, Gritz ER. Women and smoking: current trends and issues for the 1990s. *J Subst Abuse* 1991; 3(2): 221-38.
5. CDC. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease and Prevention; Office on Smoking and Health. Women and smoking: A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland. 2001.
6. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003; 8(2): 123-30.
7. Mackay J, Eriksen M, Shafey O. The Tobacco Atlas. 2nd ed. Brighton: American Cancer Society; 2006.
8. Forey BA, Hamling J, Lee P, Wald N. International Smoking Statistics: A collection of 30 economically developed countries. 2nd ed. London: Oxford University Press; 2002.
9. Guindon G, Boisclair B. Past, current, and future trends in tobacco use. Washington DC: The World Bank; 2003.
10. Thun M, da Costa V. Introduction and overview of global tobacco surveillance. En: Shafey O, Dolwick S, Guindon G, editors. Tobacco Control Country Profiles. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; 2003. p. 7-12.
11. Brownson R, Figgs L, Caisley L. Epidemiology of environmental tobacco smoke exposure. *Oncogene*. 2002; 21: 7341-8.
12. Pirkle J, Flegal K, Bernert J, Brody D, Etzel R, Maurer K. Exposure of the US population to environmental tobacco smoke. *JAMA* 1996; 275(16): 1233-40.
13. Ezzati M, Lopez A. Smoking and oral tobacco use. En: Comparative quantification of health risks. Geneve: World Health Organization; 2004, p. 883-957.
14. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneve: World Health Organization; 1997.
15. Jamrozik K. An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe. En: Lifting the smokescreen. Belgica: Cancer Research UK; 2006, p. 17-43.
16. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí J, Borrás J. Prevalencia de consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(1): 14-6.
17. Encuesta Nacional de Salud 2003. [homepage on the internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado el 12 de Abril de 2007]. Disponible en:<http://www.ine.es/inebase>.
18. Encuesta Nacional de Salud 1987 [homepage on the internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989 [citado el 12 de Abril de 2007]. Disponible en:<http://www.ine.es/inebase>.
19. Paluzie G, Sans S, Balana L, Puig T, Gonzalez-Sastre F, Balaguer-Vintro II. [Secular trends in smoking according to educational level between 1986 and 1996: The MONICA study. Catalonia]. *Gac Sanit* 2001; 15(4): 303-311.

20. O consumo de tabaco en Galicia, 2004. Boletín Epidemiológico de Galicia 2006; 19(1): 1-3.
21. Encuesta de tabaco a población general de la Comunidad de Madrid 2005. Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). [homepage on the internet]. Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2005 [citado el 16 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.ganavi-da.org/index.asp?idp=1441>).
22. Avance de resultados de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006 -Tabaco. [homepage on the internet]. Cataluña: Direcció General de Salut Pública, Generalitat de Catalunya; 2006 [citado el 16 de Abril de 2007]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc10714.html>.
23. Salto E, Joan RV, Valverde A, Baranda L, Plasencia A. [Regulatory policies and public opinion: the case of smoking]. Rev Esp Salud Publica 2006; 80(3): 243-8.
24. Amos A. Women and smoking. Br Med Bull 1996; 52(1): 74-89.
25. Schiaffino A, Fernandez E, Borrell C, Salto E, Garcia M, Borrás JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. Eur J Public Health 2003; 13(1): 56-60.
26. Shafey O, Fernández E, Thun M, Schiaffino A, Dolwick S, Cokkinides V. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982-1997. Cancer 2004; 1000: 1744-9.
27. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2004. [homepage on the internet]. Madrid: Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004 [citado el 18 de Abril de 2007]. Disponible en: www.pnsd.msc.es.
28. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from 2001/2002 survey. Denmark: World Health Organization; 2004.
29. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1994-2002. [homepage on the internet]. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio del Interior; 2002 [citado el 18 de abril de 2007]. Disponible en: www.pnsd.msc.es.
30. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. 1964: 387 pp.
31. CDC. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. p. 1-910.
32. Ford RP, Tappin DM, Schluter PJ, Wild CJ. Smoking during pregnancy: how reliable are maternal self reports in New Zealand?. J Epidemiol Community Health 1997; 51(3): 246-51.
33. Klebanoff MA, Levine RJ, Clemens JD, DerSimonian R, Wilkins DG. Serum cotinine concentration and self-reported smoking during pregnancy. Am J Epidemiol 1998; 148(3): 259-62.
34. Arias E, MacDorman MF, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics-2002. Pediatrics 2003; 112(6 Pt 1): 1215-30.
35. Kleinman JC, Kopstein A. Smoking during pregnancy, 1967-80. Am J Public Health 1987; 77(7): 823-5.
36. CDC. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Health Statistics. Hyattsville, Maryland. 2002.
37. Cnattingius S, Lindmark G, Meirik O. Who continues to smoke while pregnant? J Epidemiol Community Health 1992; 46(3): 218-21.

38. Fingerhut LA, Kleinman JC, Kendrick JS. Smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Public Health* 1990; 80(5): 541-4.
39. Wisborg K, Henriksen TB, Hedegaard M, Secher NJ. [Smoking among pregnant women and the significance of sociodemographic factors on smoking cessation]. *Ugeskr Laeger* 1996; 158(26): 3784-8.
40. Madeley RJ, Gillies PA, Power FL, Symonds EM. Nottingham mothers stop smoking project, baseline survey of smoking in pregnancy. *Community Med* 1989;11(2):124-30.
41. Frost FJ, Cawthon ML, Tollestrup K, Kenny FW, Schragar LS, Nordlund DJ. Smoking prevalence during pregnancy for women who are and women who are not Medicaid-funded. *Am J Prev Med* 1994; 10(2): 91-6.
42. McCormick MC, Brooks-Gunn J, Shorter T, Holmes JH, Wallace CY, Heagarty MC. Factors associated with smoking in low-income pregnant women: relationship to birth weight, stressful life events, social support, health behaviours and mental distress. *J Clin Epidemiol* 1990; 43(5): 441-8.
43. Hanna EZ, Faden VB, Dufour MC. The motivational correlates of drinking, smoking, and illicit drug use during pregnancy. *J Subst Abuse* 1994; 6(2): 155-67.
44. Stockbauer JW, Land GH. Changes in characteristics of women who smoke during pregnancy: Missouri, 1978-88. *Public Health Rep* 1991; 106(1): 52-8.
45. Chaaya M, Awwad J, Campbell OM, Sibai A, Kaddour A. Demographic and psychosocial profile of smoking among pregnant women in Lebanon: public health implications. *Matern Child Health J* 2003; 7(3): 179-86.
46. Milham S, Jr., Davis RL. Cigarette smoking during pregnancy and mother's occupation. *J Occup Med* 1991; 33(4): 468-73.
47. Martínez-Frías M, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clin* 2005; 124(3):8 6-92.
48. Mateos PM, Aranda JM. [Methodologic bias in prevalence studies of smoking habit during pregnancy]. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(15): 598; author reply 598-9.
49. Perez-Rios M, Santiago-Perez MI, Alonso B. [Smoking cessation in Galician [Spain] smokers during pregnancy and breast feeding, 1954-2004]. *Gac Sanit* 2006;20(5):392-5.
50. Salvador J, Villalbí J, Nebot M, Borrell C. Tendencias en la exposición al tabaquismo durante la gestación: Barcelona, 1994-2001. *An Pediatr* 2004; 60(2): 139-41.
51. Doz J, Gasulla G, Cárceles S, Guerrero I, Tintó A, Prat C, et al. Evolución del hábito tabáquico durante el embarazo y el posparto. *At Prim* 2004; 34(9): 465-71.
52. Bolumar F, Rebagliato M, Hernandez-Aguado I, Florey C. Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish women. *J Epidemiol Community Health*. 1994; 48(1): 36-40.
53. Baños J, Jimenez E, Cos R, Cayuela E, Foradada C, López A, et al. El embarazo como factor modulador del consumo de tabaco y alcohol. *At Prim* 1998; 22(3): 150-7.
54. Gil E, Robledo de Dios T, Rubio J, Bris M, Espiga I, Saiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998, España. *Prev Tab* 2000; 2: 22-31.
55. Jané M, Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Taberner JL, Salleras L. Tabaquismo femenino en grupos profesionales con papel ejemplar. *Gac Sanit* 2002; 16 (supl 1): 113

56. Fernández M, Sánchez M. Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit* 2003; 17(1): 5-10.
57. O consumo de tabaco nos profesionais sanitarios de Galicia, ano 2006. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2006; 19(3): 1-2.
58. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Alonso B, Malvar A, Hervada X. Exposure to second-hand smoke: a population-based survey in Spain. *Eur Respir J* 2007; 29(4): 818-9.
59. Nebot M, Lopez MJ, Tomas Z, Ariza C, Borrell C, Villalbi JR. Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Control* 2004; 13(1): 95.
60. Twose J, Schiaffino A, García M, Martí M, Fernández E. Prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco en un área urbana. *Med Clin (Barc)* 2004; 123(13): 496-8.
61. López M, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Nebot M, A. M, Ariza C, et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain (2002). *Tob Control* (Submitted) 2007.
62. Montes A, Pérez-Ríos M, Gestal J. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad. *Adicciones* 2004; 16(Supp 2): 75-82.
63. Banegas J, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo empieza a descender en España. *Med Clin* 2005; 124(20): 769-71.
64. Montes A, Pérez-Ríos M. Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en las Comunidades Autónomas españolas. *Gac Sanit* 2005; 19: 15.

capítulo 6

Tabaco y salud

Justa Redondo Écija [1]

Doctora en Medicina. Experta en prevención de drogodependencias.
Master en Tabaquismo.

M^º del Mar Vázquez Rey [2]

Médica. Master en Tabaquismo.

Francisca Lourdes Márquez Pérez [3]

Médica. Especialista en Neumología. Master en Tabaquismo.

M^º Dolores Galán Parra [4]

Doctora en Farmacia. Directora Master Universitario en Tabaquismo.

1 Unidad de Conductas Adictivas. Instituto Provincial de Bienestar Social. Diputación de Córdoba.

2 Centro Municipal de Intervención en Drogodependencias. Écija.

3 Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

4 Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla.



Introducción

En la década de los años 60, el *Royal College of Physicians* británico publicó el primer trabajo a cerca de los efectos dañinos del tabaco sobre la salud. Desde entonces, el consumo de tabaco se ha ido relacionando con enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cáncer, problemas en el embarazo y en los recién nacidos de madres fumadoras y otro tipo de patologías.

Todos los estudios tienden a mostrar que la toxicidad del tabaco afecta tanto a hombres como a mujeres, y en un grado similar. Lógicamente es factible que existan algunas diferencias en susceptibilidad, pero comparado con el gran incremento en morbi-mortalidad que se deriva del consumo de tabaco, la importancia de estos potenciales pequeños incrementos o decrementos es absolutamente marginal cara a la salud pública y al riesgo que corren las mujeres fumadoras.

En los últimos años se ha podido corroborar cómo ha aumentado en mujeres la incidencia de aquellas patologías que previamente habían aparecido en varones y estaban asociadas al consumo de tabaco¹.

El consumo de tabaco es un problema de salud pública. A ello contribuyen tanto la extensión del consumo como, sobre todo, el incremento en el riesgo que, aun el consumo denominado *moderado*, supone. La relevancia como problema de salud se ve agravada por ser la nicotina una sustancia altamente adictiva, lo que dificulta el abandono del consumo por parte de las personas fumadoras. Lo que realmente es un problema de salud pública es el consumo de cigarrillos, ya que el consumo de tabaco mediante pipas o puros no está tan extendido^{2, 3}.

Otro factor que agrava la repercusión socio-sanitaria del consumo de tabaco es que la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco también ocasiona enfermedad y muerte.

Por razones obvias, no es posible detallar en un solo tema toda la patología derivada del consumo de tabaco por lo que nos limitaremos a los datos que consideramos más relevantes, remitiendo al lector a la amplia bibliografía existente al respecto.

Datos epidemiológicos

Según la OMS, en la actualidad el tabaco es el responsable de cerca de 5 millones de muertes cada año.

Si bien a lo largo de la segunda mitad del siglo XX la gran morbi-mortalidad se observó en los denominados países desarrollados, a lo largo del siglo XXI la gran carga estará en lo que actualmente son países en desarrollo, ya que tanto la promoción como el consumo de tabaco se ha desviado principalmente hacia ellos. Como se observa en el modelo epidemiológico de López y cols. (originalmente propuesto en 1994), ya comentado en otros capítulos del libro, las curvas de mortalidad, tanto en varones como en mujeres, presentan un retraso de unos 30 años con relación a las respectivas curvas de prevalencia del consumo de tabaco^{4, 5}.

A nivel mundial tanto el número de personas fumadoras como el de cigarrillos consumidos sigue aumentando. De hecho, el consumo global de cigarrillos ha aumentado de forma constante desde que los cigarrillos manufacturados fueron introducidos a finales del siglo XIX, principios del XX (la patente de la máquina de liar cigarrillos es de 1881).

Se estima que en el 2010 habrá 1.300 millones de personas fumadoras, de los cuales el 37% estarán en China, cuyo segmento femenino de población es un mercado prácticamente virgen. Existe un amplio consenso acerca de que el consumo de cigarrillos fue una epidemia del siglo XX y de que seguirá siéndolo en gran parte del siglo XXI⁶.

Colectivos de riesgo

Aunque el consumo de tabaco es una conducta muy normalizada en muchas culturas, dentro de éstas existen unas subpoblaciones en las que se observan prevalencias muy por encima de lo habitual. En la actualidad, en casi todas las sociedades se observa que el consumo de tabaco es cada vez más un marcador de patología psiquiátrica y también de privación socio-económica.

Pacientes Psiquiátricos. El consumo de tabaco es significativamente mayor entre las personas con problemas psiquiátricos que en la población general. En muchos de los trastornos psiquiátricos, la prevalencia del consumo de tabaco es más del doble y, además, estas personas fuman más. Éste es un hecho que, en líneas generales, pasó relativamen-

te desapercibido hasta mediados de los 80 y que en la actualidad es uno de los grandes campos de investigación.

Clases Sociales Desfavorecidas. Aunque en los países desarrollados el consumo de tabaco está disminuyendo, este decremento no es uniforme según todas las capas sociales; en estos países se aprecia cómo cada vez más el consumo de tabaco se asocia a la pobreza en todas sus manifestaciones: nivel de ingresos, nivel educativo, deprivación social, etc. Esto es ya especialmente llamativo en los países anglosajones, pero también se aprecia en el resto de sociedades occidentales. Así, por ejemplo, en España las tasas de consumo en las personas en paro son más altas que las de la población ocupada; del mismo modo, el consumo de tabaco durante el embarazo es inversamente proporcional al nivel socio-educativo.

Aunque en algunos países en desarrollo el consumo de determinadas marcas sea visto como símbolo de *status* social, en general en estos países también se observa que el consumo de tabaco se asocia con deprivación educativa y social (India y Bangladsh son ejemplos paradigmáticos)².

El tabaquismo como trastorno clínico

El primer trastorno clínico que se deriva del consumo de tabaco es la aparición de una adicción, de un trastorno adictivo: la denominada dependencia nicotínica (DSM-IV) o del tabaco (CIE-10).

La dependencia

La nicotina es una sustancia muy adictiva y es la responsable de la dependencia que hace que la mayoría de las personas que fuman poco después de intentar reducir o eliminar el consumo de tabaco, recaigan y vuelvan a sus niveles habituales de consumo.

La presencia de dependencia *per se* no agrava la toxicidad derivada del consumo de tabaco: lo que es propiamente tóxico es el consumo. La presencia de ésta dificulta la cesación e, indirectamente, es responsable de una mayor aparición de toxicidad, por perpetuar el consumo.

Una dependencia es un trastorno de la conducta que se caracteriza porque está disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia psicoactiva. Los esfuerzos que se realizan por reducir o eliminar la ingesta de esa sustancia fracasan reiteradamente, percibiéndose en circunstancias precisas una especie de necesidad o compulsión hacia su toma⁷.

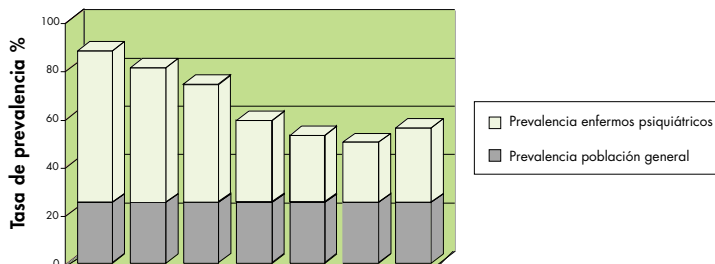
Lo característico de la dependencia es la pérdida del control sobre el consumo. En definitiva, lo realmente propio de una dependencia es la existencia de recaídas, que ocasionan una vuelta al consumo original. Estas recaídas frecuentemente vienen precipitadas por la exposición a estímulos, originalmente neutros, que con el tiempo han quedado asociados al consumo.

La presencia de síntomas de abstinencia es parcialmente responsable en algunas personas del mantenimiento del consumo, pero ni es necesaria para la existencia de dependencia ni habitualmente es relevante respecto al pronóstico y tratamiento^{8,9}.

Patología psiquiátrica asociada al consumo

En aquellos países donde el consumo de tabaco se ha reducido de forma significativa, se observa una mayor prevalencia de fumadores entre pacientes con trastornos psiquiátricos, algo más del doble que en la población general (figura 1). Las mayores tasas de consumo se dan en los pacientes con esquizofrenia, manía o depresión y en aquellas personas con problemas de dependencia de alcohol o de otras drogas. Existe, además, una relación directa entre la intensidad del consumo de tabaco y el grado de la enfermedad en cuestión. El consumo de tabaco también se asocia con trastornos de ansiedad, síndrome de hiperactividad-déficit de atención (SHDA) y con algunas alteraciones alimentarias. A su vez, todos estos trastornos suelen ser predictores del consumo de tabaco^{10,11}. La nicotina parece ser eficaz para paliar algunos déficits cognitivos selectivos que se observan en los pacientes con SHDA o esquizofrenia; esto les haría más vulnerables al consumo de tabaco. Los mecanismos que explican la relación entre tabaco y enfermedad

Figura 1. Prevalencia de consumo de tabaco en población general y en pacientes con patología psiquiátrica (datos de EEUU, 2000).



psiquiátrica no se conocen en su totalidad. Es interesante resaltar que existen trabajos que indican que la exposición prenatal a la nicotina podría conllevar a una alteración de la regulación en el desarrollo neurológico del bebé, y asociarse con un mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica y de adicción en la edad adulta¹².

Toxicidad derivada del consumo del tabaco

El incremento del riesgo es proporcional al tiempo que se lleve fumando, a la cantidad que se fume y a la profundidad de la inhalación.

Una persona fumadora presenta un 50% de posibilidades de morir prematuramente por un trastorno derivado de su consumo de tabaco; de media, quien fume perderá unos siete años; más que el número de años, probablemente sea más relevante la pérdida de calidad de vida del resto de los años^{13, 14}.

Las principales enfermedades asociadas con el consumo de tabaco se muestran en la tabla I:

Tabla I. Enfermedades asociadas con el consumo de tabaco

Enfermedades para las que se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es el principal factor responsable del exceso de mortalidad:

- *Cáncer de pulmón*
- *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (incluido enfisema)*
- *Enfermedad vascular periférica*
- *Cáncer de laringe*
- *Cáncer de la cavidad oral (faringe)*
- *Cáncer de esófago*

Enfermedades para las que se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es uno de los factores responsables del exceso de mortalidad:

- *Accidente cerebro-vascular*
- *Enfermedad coronaria*
- *Cáncer de vejiga*
- *Cáncer de riñón*
- *Cáncer de páncreas*
- *Aneurisma aórtico*
- *Mortalidad perinatal*

Enfermedades en las que epidemiológicamente se observa un mayor riesgo significativo, pero en las que la naturaleza exacta de la asociación no está bien establecida:

- *Cáncer de cuello uterino*
- *Cáncer de estómago*

- *Úlcera gástrica y duodenal*
- *Neumonía*
- *Cáncer de hígado*
- *Síndrome de muerte súbita del lactante*
- *Esquizofrenia, depresión y algunos trastornos de ansiedad*

Enfermedades en las que se observa un exceso de mortalidad en quienes fuman, pero en las que la asociación podría ser debida a factores de confusión:

- *Alcoholismo*
- *Cirrosis hepática*
- *Envenenamiento*
- *Suicidio*

Enfermedades en las que quienes fuman presentarían menores tasas de mortalidad:

- *Cáncer de endometrio*
- *Enfermedad de Parkinson*
- *Colitis ulcerosa*

Una gran parte de las diferencias entre hombres y mujeres que se observan en las expectativas de vida se deben al diferente consumo de tabaco, sobre todo en el pasado. La predicción de que «si las mujeres fuman como los varones, acabarán muriendo como los varones» hoy puede ser corroborada analizando las causas de morbi-mortalidad en los países en los que las mujeres se incorporaron más tempranamente al consumo de tabaco. Existe toda una patología *emergente relacionada con el consumo de tabaco* en las mujeres occidentales (de momento se ve más en occidente), patología que era casi exclusiva de los hombres varias décadas atrás.

Aparato respiratorio

Los efectos indeseables del humo del tabaco sobre el aparato respiratorio son de tipo estructural y funcional, y están directamente relacionados con la intensidad del consumo. Los componentes del humo del tabaco afectan a la estructura, la fisiología y a la respuesta inmune del pulmón, siendo los principales responsables de la gran mayoría de síntomas y enfermedades respiratorias¹⁵.

Entre las patologías no tumorales es destacable la *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)*. Así, más del 90% de los casos de EPOC están relacionados con el consumo de tabaco y el 15-20% de los fumadores desarrollarán esta patología. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, causada fundamentalmente por una reacción inflamatoria frente al

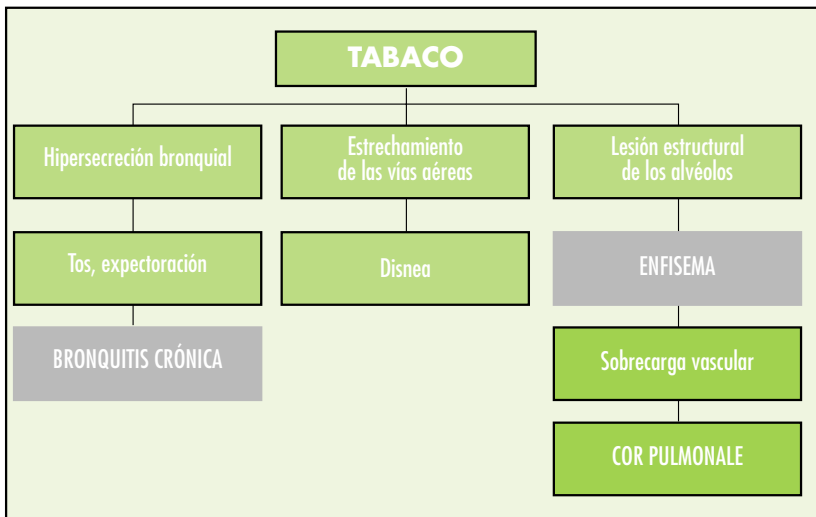
humo del tabaco. Cuando una persona sufre EPOC presenta alteraciones bronquiales (bronquitis) y alveolares (enfisema) o únicamente alveolares; la bronquitis crónica no necesariamente conduce a una EPOC.

En el estudio CPS II se observó que el riesgo relativo de desarrollar EPOC en las mujeres fumadoras frente a las que no son fumadoras es 12,8, riesgo parecido al descrito en los hombres fumadores.

La EPOC es una enfermedad lenta y progresiva que va incapacitando a la persona en sus tareas diarias. Además, la falta de oxígeno deteriora otros órganos como el riñón, el cerebro y el corazón. Una de las consecuencias de esta hipoxemia es la aparición de hipertensión pulmonar que puede provocar cor pulmonale crónico, con episodios de insuficiencia cardíaca.

Aparte de la EPOC, se ha descrito también una mayor prevalencia de síntomas respiratorios inespecíficos, tales como tos, expectoración, disnea y sibilancias en las personas que fuman. Se ha relacionado también con hiperreactividad bronquial y con el asma bronquial. En algunos estudios se ha establecido la relación del tabaquismo con un aumento en la incidencia de Síndrome de Apnea del Sueño (SAS). Además, se ha encontrado un aumento significativo de incidencia de catarros de vías altas y de infecciones de vías bajas, así como de broncoespasmo al ejercicio y tos crónica en jóvenes fumadores¹⁶.

Figura 2. Efectos del consumo de tabaco sobre el aparato respiratorio.



Aparato cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en occidente y son fuente de una cantidad progresivamente mayor de enfermos crónicos y con diversas discapacidades. Entre las múltiples patologías cardiovasculares, las más frecuentes e importantes son la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebral vascular¹⁷. La causa de las principales enfermedades cardiovasculares es la formación de placas de ateroma (ateromatosis) en las arterias de gran y mediano calibre. Causa la oclusión progresiva de su luz, pudiendo ocasionar además complicaciones como trombosis y rotura del vaso. En la aparición de la ateromatosis actúan diversos factores lesivos de la pared arterial unidos a una posterior reacción inflamatoria. Los diversos factores de riesgo actúan sinérgicamente en la producción de las placas de ateroma.

El tabaquismo es el factor de riesgo modificable que más contribuye a la morbi-mortalidad por enfermedad. Afecta a ambos sexos, existiendo unos efectos nocivos casi similares en los fumadores pasivos.

Los otros factores modificables importantes son la hipertensión, la diabetes y la hipercolesterolemia. Es especialmente relevante la asociación existente entre el consumo de tabaco y la hipertensión arterial: el tabaco incrementa las cifras de presión arterial, limita la eficacia de algunos tratamientos antihipertensivos y facilita el daño que la hipertensión produce en determinados órganos, como en la nefropatía hipertensiva^{17, 18}.

Al igual que los hombres, las mujeres que fuman presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, que incluye enfermedad coronaria, ictus y hemorragia subaracnoidea. Las principales enfermedades cardiovasculares relacionadas con el consumo de tabaco son:

1. Cardiopatía isquémica. Se produce por un desequilibrio entre la oferta de oxígeno y la demanda de éste por el miocardio. Tanto su incidencia como la mortalidad que ocasiona son mayores en las personas que fuman siendo proporcional a la cantidad y tiempo de consumo. Afecta a ambos sexos, con un riesgo ligeramente mayor en la mujer. Seguir fumando supone un peor pronóstico de la cardiopatía, mientras que su abandono aumenta la supervivencia. Puede manifestarse clínicamente como angina de pecho, infarto de miocardio, isquemia silente o muerte súbita. El incremento de riesgo es superior al 50%.

El riesgo relativo de enfermedad coronaria asociado con fumar es mayor (3,0) en las mujeres jóvenes (menores de 65 años) que en las más mayores (1,6) (datos del CPS

II). El riesgo de enfermedad coronaria está especialmente elevado en las personas que consumen anticonceptivos orales; aunque no es tan elevado como se describió con los anticonceptivos de primera generación, sigue estando sustancialmente elevado, especialmente en grandes mujeres fumadoras. La cesación del consumo por parte de las mujeres disminuye notablemente (25-50%) la mortalidad coronaria en el primero-segundo año tras la cesación.

2. *Enfermedad vascular cerebral.* Fumar supone un aumento superior al 50% del riesgo global de accidente vascular cerebral. Desde el punto de vista clínico, éstos se manifiestan fundamentalmente como hemorragias subaracnoideas o infartos cerebrales.

3. *Enfermedad vascular periférica.* El riesgo se multiplica por 7, aproximadamente. La afectación más frecuente es la oclusión parcial o total de las arterias de los miembros inferiores; pueden también afectarse las arterias renales (riesgo de hipertensión) o las arterias pélvicas (riesgo de disfunción eréctil). El riesgo es directamente proporcional al consumo de tabaco; dejar de fumar lo disminuye y ocasiona una mejora en el pronóstico.

4. *Otras* como aneurisma de aorta e hipertensión maligna (en ambos casos el riesgo se multiplica por 4-5)¹⁹.

Tabaco y cáncer

El cáncer puede ser definido como un crecimiento celular indefinido y descontrolado que, junto a la falta de apoptosis (mecanismo por el cual las células viejas o dañadas se autodestruyen), provoca extensión local, regional y general de un grupo celular y destrucción del tejido original.

El consumo de tabaco es una de las causas extrínsecas, y por tanto modificables, mejor conocidas del cáncer. Fumar es la causa principal de desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral y esófago; igualmente contribuye con porcentajes de riesgo variable a otros tipos de cáncer. En el humo de tabaco se han identificado 69 agentes carcinógenos. Fumar es la causa de al menos 1 de cada 3 muertes debidas al cáncer. En números absolutos, tras las enfermedades cardiovasculares, el cáncer es la segunda causa de muerte atribuible al consumo de tabaco^{20,21}. Los cánceres más frecuentemente asociados con el consumo de tabaco son:

Cáncer de pulmón. La mayor parte de los cánceres de pulmón son ocasionados por carcinógenos y promotores tumorales provenientes de inhalar humo del tabaco. Al menos,

el 90% de los cánceres de pulmón son debidos al consumo de tabaco. El incremento de riesgo se sitúa entre 10 y 25 veces, dependiendo de la cantidad fumada, pero más del número de años de consumo.

De los cuatro tipos de tumores pulmonares relacionados con el tabaco –carcinoma de células escamosas o epidermoide, carcinoma de células pequeñas (oat-cell o células en avena), carcinoma de células grandes (anaplásico) y adenocarcinoma– los tres primeros tipos histológicos se asocian con el consumo de cigarrillos; en la actualidad los adenocarcinomas son cada vez más frecuentes, afectando especialmente a mujeres (lo que se atribuye al mayor consumo en éstas de las denominadas marcas *light* de tabaco).

La incidencia del cáncer de pulmón continúa en aumento en las mujeres: hace 50 años era una enfermedad relativamente rara; en la actualidad, tanto su incidencia como su mortalidad han aumentado considerablemente (x 6-7) en las mujeres de los países desarrollados, que se incorporaron al consumo de tabaco hacia la mitad del siglo pasado. De hecho, en algunos países, como Estados Unidos y Escocia, la mortalidad del cáncer de pulmón en mujeres ha superado a la del cáncer de mama, que tradicionalmente había sido la primera causa de muerte por cáncer lo que se corresponde con el modelo epidemiológico planteado^{20, 22}. Aunque se ha postulado que, en igualdad de exposición, quizá las mujeres fumadoras podrían ser algo más susceptibles a desarrollar cáncer de pulmón, esto no se ha corroborado.

Cáncer de laringe. El tabaco es el principal factor de riesgo de los cánceres glóticos y supraglóticos que suponen el 99% de los cánceres laríngeos. La tradicional proporción de 15 a 1 para varones va disminuyendo con el aumento de mujeres fumadoras²³.

Cáncer de esófago. Al igual que ocurre con otros cánceres, como el de laringe, en las personas fumadoras con alto consumo de alcohol el riesgo de padecerlo se multiplica.

Cáncer de cavidad oral (oro-faringe, labio y lengua). Son más comunes en quienes consumen tabaco de pipa o masticado.

Otros cánceres. Como se muestra en la tabla I el consumo de tabaco es agente causal de otros cánceres como los de vejiga, riñón y páncreas, asociándose también con un riesgo mayor de padecer cáncer de cuello uterino, de estómago y hepático.

La tabla II recoge las principales localizaciones de los cánceres asociados con el consumo de tabaco.

Tabla II. Características básicas de los principales cánceres asociados al consumo de tabaco.

Localización	El tabaco ¿es causa?	¿Riesgo dosis-dependiente?	Otros factores	Riesgo al dejarlo
Pulmón	Sí	Sí	-	Deja de aumentar
Tracto urinario (vejiga, uréter y riñones)	Sí	Sí	-	Deja de aumentar
Cavidad oral (boca, labio y lengua)...	Sí	Sí	Uso de tabaco sin humo; consumo de alcohol	Disminuye
Cavidad nasal y senos paranasales	Sí	Sí	-	-
Nasofaringe	Sí	Sí	-	Disminuye
Orofaringe e hipofaringe	Sí	Sí	-	Disminuye
Esófago	Sí	Sí	Uso de tabaco sin humo; consumo de alcohol	Se mantiene elevado
Laringe	Sí	Sí	Consumo de alcohol	Disminuye
Páncreas	Sí	Sí	-	Disminuye
Estómago	Sí	Sí	-	Disminuye
Hígado	En parte	Sí	-	Disminuye
Cérvix uterino	Sólo para un tipo	-	-	-
Médula ósea (leucemia)	Sólo leucemia mieloide	Sí	-	-
Mama	No	-	-	-
Endometrio	No	-	-	-
Colon y recto	No claro	-	-	-
Próstata	No claro	-	-	-

Otras patologías asociadas al consumo de tabaco

Patología oral y dental. La boca es uno de los órganos que más en contacto se pone con el humo del tabaco, por lo que no es de extrañar que éste ejerza efectos muy negativos sobre la salud oro-faríngea: enfermedad periodontal, fallo en los implantes dentales, lesiones pre-malignas y estomatitis. Algunas de estas patologías, como la peridontitis aguda, se relacionan casi de forma exclusiva con el tabaco.

Patología digestiva. El consumo de tabaco altera la motilidad del tubo digestivo y aumenta la producción de ácido gástrico, por lo que lleva a empeoramiento de los pacientes con enfermedad por reflujo gastro-esofágico y con úlcera gastro-duodenal. Las enfermedades

inflamatorias intestinales tienen una relación dispar con el tabaco: mientras que la enfermedad de Crohn evoluciona peor en personas fumadoras, en la colitis ulcerosa el consumo de tabaco es un factor protector.

Patología dermatológica. El consumo de tabaco produce retraso en la cicatrización de las heridas (espontáneas o quirúrgicas), aparición precoz de arrugas y mayor riesgo de padecer enfermedades como pustulosis palmoplantar o psoriasis.

Patología endocrina. El consumo de tabaco conlleva un mayor riesgo –se calcula que un 50% más– de osteoporosis, y de forma secundaria, de fractura de cadera. Esto es especialmente relevante en las mujeres alrededor de la menopausia. El consumo de tabaco se asocia también con una mayor resistencia a la insulina.

Patología ocular. Hay una fuerte asociación entre consumo de tabaco y ciertas enfermedades oculares, fundamentalmente la oftalmopatía de Graves, la degeneración macular de la edad, el glaucoma y las cataratas^{23, 24}.

Conclusión

Una de cada dos personas fumadoras morirá prematuramente por enfermedades derivadas del consumo de tabaco. El riesgo de enfermedad está incrementado sobre todo en enfermedades tumorales, respiratorias y cardiovasculares.

No se han observado diferencias relevantes entre hombres y mujeres en este elevado incremento de morbi-mortalidad derivado del consumo de tabaco. De hecho, en general toda la literatura apunta a que cuando las mujeres fuman como los hombres, mueren como los hombres.

La presencia de dependencia *per se* no agrava la toxicidad derivada del consumo de tabaco: lo que es propiamente tóxico es el consumo. La existencia de dependencia dificulta la cesación e indirectamente es responsable de una mayor aparición de toxicidad, por perpetuar el consumo.

En aquellos países donde el consumo de tabaco se ha reducido de forma significativa, se observa una mayor prevalencia de fumadores entre pacientes con trastornos psiquiátricos, algo más del doble que en la población general.

Bibliografía

1. Nerín I. El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal. *Arch Bronconeumol* 2005; 41: 360-362.
2. Banco Mundial. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
3. Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM (eds). Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios, INGESA-PIT CA Ceuta, 2006.
4. Patología producida por el consumo de tabaco. Manuales SEPAR vol 1. Aula Medica SA. Madrid 1995.
5. Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González-Enriquez G, Graciano A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin* 2001; 1117: 692-694.
6. Peto R (ed). Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford University Press, 1994.
7. Ayesta FJ, Camí J. Farmacodependencias. En Flórez J (ed). Farmacología humana. Barcelona: Masson, 4ªed. 2003, pp: 595-621
8. Altman J, Everitt BJ, Glautier S, Markou A, Nutt D, Oretti R, Phillips GD, Robbins TW. The biological, social and clinical basis of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology*, 1996; 125: 285-345.
9. Ayesta FJ, Otero M. El tabaquismo como una enfermedad crónica. En Manual de tabaquismo. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO (eds). Madrid: Aula Médica 2004.
10. Beratis S, Katrivanou A, Gourzis P. Factor effecting smoking in schizofrenia. *Comp Psychyaty* 2001; 42: 393-402.
11. Breslau N, Andreki P, Kilbey MM. Nicotine dependence in urban population of young adults: prevalence and comorbidity with depression, anxiety and other substance dependence. *NIDA Res Monogr* 1991; 105: 548-9.
12. Pinett MC, Gurrea A. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. En: CA Jiménez Ruiz y KO Fagerström editores. Tratado de tabaquismo. Editorial Grupo Aula Médica. Madrid 2004: 165-81.
13. Surgeon General Report. Reducing tobacco use. Atlanta: US Department of Health and Human Services, 2000.
14. Ferrence R, (ed). Nicotine and Public Health. Washington DC: American Public Health Association, 2000.
15. Sobradillo V. Enfermedades de las vías respiratorias y tabaco. Pulmón y tabaco. Madrid: NILO Industria gráfica SA 1998 pag. 77-90.
16. Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, Al-Khairalla MZ, Barnes M, Fardon TC, McFarlane L, Magee GJ, Lipworth BJ. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA*. 2006 Oct 11; 296: 1742-8.
17. Kannel WB. Some lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham. *Am J Cardiol* 1976, 37: 269-282.
18. Harrison y cols. Principios de Medicina Interna. Vol II Pág. 2810.
19. Banegas JR, Villar F, Pérez C, Jiménez R, Gil E, Muñoz J et al. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. *Rev San Hig Púb* 1993; 67: 419-445.

20. Montes A, Pérez M, Gestal JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. Adicciones Vol. 14 supl 2 (2004).
21. Doll R: Smoking Tha past 40 years and the next 40. European Cancer News. 1993, 6 (4): 6.
22. Harrison: Principios de medicina interna 13ª edición Vol 1. Cap 227 Pag 1405.
23. Alegría E. *Tabaquismo y enfermedad*. León: Everest, 2002.
24. Pardell H, Saltó E, Salleras Ll. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ed. Panamericana, 1996.

capítulo 7

Tabaquismo y salud reproductiva en las mujeres

Mireia Jané Checa [1]

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Research Fellow por el Fitzwilliam College de la Universidad de Cambridge. Master of Science por la Universidad de Londres con un trabajo de investigación sobre política sanitaria en tabaquismo y mujeres. Public Health Diploma por la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Ha participado en programas de intervención comunitaria para prevenir el tabaquismo en adolescentes y embarazadas desde el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona. Ha coordinado el Informe Técnico para profesionales sanitarios sobre Tabaco y Mujeres en Catalunya. En la actualidad trabaja en el Programa de Salud Maternoinfantil de la Dirección General de Salud Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Tesis doctoral sobre: «El consumo de tabaco *light* y el tabaquismo en mujeres, grupos profesionales y embarazadas: hacia un marco operativo de la política de género en Catalunya».

1 Dirección General de Salud Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.



Cristina Martínez Bueno [1]

Matrona y Pedagoga. Responsable de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de Barcelona ciudad (Institut Català de la Salut), Presidenta de la Asociación Catalana de Matronas y Profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Ha desarrollado líneas de trabajo relacionadas con la salud sexual y reproductiva, incluyendo aspectos clínicos y preventivos, y ha participado en diversos proyectos de investigación entre los que cabe destacar la prevención del tabaquismo durante la gestación y en general en las mujeres.

1 Instituto Catalán de la Salud, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes

Siguiendo el modelo de la epidemia tabáquica de las cuatro fases que describen A. López y cols. por las cuales pasarán todos los países, como ya se comenta en otro capítulo de este libro, las mujeres llevan varias décadas fumando¹. En los países anglosajones donde las mujeres se iniciaron en el tabaquismo coincidiendo con la segunda guerra mundial, se alcanzaron prevalencias muy elevadas alrededor de los años 50 y 60 del siglo pasado llegando a consumir tabaco del 35 al 40% de las mujeres². Esta situación ha comportado unas primeras consecuencias en la salud sexual y reproductiva de las mujeres que se está cuantificando en estos momentos. Aunque cabe resaltar que ningún país todavía ha podido experimentar el impacto total del tabaquismo en la salud de las mujeres puesto que se necesitan varias décadas para que estos efectos se hagan evidentes³. Sin embargo, sí que a medida que han ido pasando los años, se ha llegado a conclusiones significativas sobre la evidencia del efecto del tabaco en ciertas patologías de la esfera de la salud sexual y del embarazo⁴.

Desde 1980 se han ido confirmando asociaciones de ciertas patologías con el tabaquismo femenino y materno que han afectado diversos aspectos del área de la salud sexual y reproductiva. Así, en 1980, el Surgeon General confirma que el tabaquismo materno se asocia al bajo peso al nacer del recién nacido⁵. En 1992, el Royal College of Physicians de Londres concluye que el tabaquismo durante la gestación aumenta el riesgo de aborto, de bajo peso al nacer y de muerte perinatal⁶. En el año 2001, el Surgeon General en su informe técnico sobre mujeres y tabaco confirma que el tabaquismo se asocia a un mayor riesgo de infertilidad y de menopausia precoz. Asimismo, en 2002, la International Agency for Research on Cancer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud concluye que el consumo de tabaco por parte de las mujeres puede causar cáncer invasivo de cérvix uterino⁷.

Se trata pues de un ámbito, el de la salud sexual y reproductiva, en el cual la evidencia científica respecto a los efectos sobre la salud y las necesidades de la población están bien estudiadas. También, existen intervenciones efectivas preventivas y de apoyo a la cesa-

ción tabáquica que se pueden llevar a cabo en esta área y que se comentarán a lo largo de este capítulo, sin por ello dejar de mantener la perspectiva de género en todas ellas. En efecto, tradicionalmente cuando se hablaba de mujeres y tabaco sólo se pensaba en la etapa gestacional; dicho enfoque ha de eliminarse pues no sólo se le quitaba importancia a la salud de las mujeres –teniendo en cuenta únicamente la salud del feto– sino que además las intervenciones llevadas a cabo no han sido muy efectivas en el mantenimiento de la cesación. Por ello, es imprescindible también la formación de los y las profesionales de la salud en este campo pues se ha visto que el consejo antitabaco no siempre se da ampliamente⁸.

Epidemiología del tabaquismo en torno al embarazo

La prevalencia del tabaquismo en las mujeres mayores de 15 años en nuestro país se sitúa en un 25% según la Encuesta Nacional de Salud del año 2003⁹. Según esta misma fuente, el grupo de edad que más fuma es aquel en el que la gestación es más frecuente, entre los 25 y 44 años con unas prevalencias que alcanzan el 43,5%. Dichos datos ponen pues de manifiesto un elevado consumo de tabaco en torno a la gestación. Así, podemos decir que según estudios que han analizado el tabaquismo en muestras de gran tamaño, como por ejemplo un estudio reciente que ha estudiado el consumo de tabaco en un conjunto de 30.000 madres durante un período de prácticamente 25 años, la prevalencia durante el embarazo se situaría a nivel de toda España en un 26,6% con grandes diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas; la Comunidad Autónoma en la que más se fuma es Extremadura con una prevalencia del 39,1% y aquella en la que menos, Galicia, con una prevalencia del 16,8%¹⁰.

En Cataluña, los datos recientes de la Encuesta de Lactancia llevada a cabo en 1.200 madres del Registro de Nacimientos del programa de Salud Maternoinfantil de la Dirección General de Salud Pública ponen de manifiesto que el 37,6% de las mujeres residentes en esta Comunidad Autónoma son fumadoras al inicio de la gestación. De éstas, el 55,3% deja de fumar durante el embarazo y, después de la gestación, al año del parto, el 27,8% de las mujeres que se consideraban fumadoras al inicio de la gestación, se mantiene sin fumar¹¹.

Esta misma encuesta ha permitido conocer algunas características muy interesantes de las mujeres gestantes. Así, por grupos de edad, se observan prevalencias muy elevadas, superiores al 30% en todos los grupos, aunque cabe destacar el colectivo de las adolescentes de 15 a 19 años; en ellas, a la problemática del embarazo se le añade la del taba-

quismo, pues un 50% de ellas fuma al inicio de la gestación. Por grupos de procedencia materna, un 40,3% de las embarazadas españolas serían fumadoras frente a un 14% de las extranjeras residentes en Cataluña. Después de las españolas, vendrían las mujeres procedentes del conjunto de países desarrollados y de la Unión Europea con un 36,5%, las mujeres de los países de Europa del Este con un 22%, las sudamericanas con un 15,3% de embarazadas fumadoras y un 12,5% de las mujeres asiáticas residentes en Cataluña serían fumadoras. Estas cifras ponen de manifiesto que las mujeres inmigrantes no fuman todavía en las mismas proporciones que las autóctonas pero este patrón de consumo podría cambiar en el futuro.

Un 35,8% de las mujeres con lactancia materna exclusiva son fumadoras al inicio de la gestación mientras que lo son el 48,2%, casi la mitad, de las mujeres que dan lactancia artificial¹¹. En definitiva, estos datos demuestran elevadas prevalencias al inicio y durante la gestación en las embarazadas de nuestro país que se aproximan al 40%, a diferencia de lo que ocurre en los países anglosajones en los cuales el consumo en esta etapa sería mucho menor^{2, 12, 13, 14}.

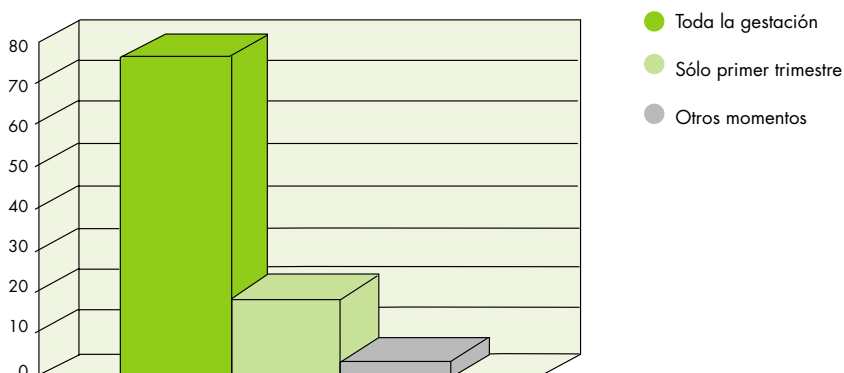
No sólo las mujeres fuman en cantidades elevadas en el embarazo sino que además el patrón de consumo difiere de las mujeres no gestantes. Así, la gestación actúa en las mujeres como un desencadenante para dejar de fumar. El abandono espontáneo, antes de cualquier contacto con los servicios sanitarios para el control del embarazo, se sitúa en nuestro entorno alrededor del 20%^{15,16}. De hecho, en líneas generales, de todas las mujeres que se consideran fumadoras al inicio de la gestación, aproximadamente el 76% consume tabaco durante todo el embarazo y alrededor de un 19% lo hace únicamente durante el primer trimestre¹⁰ (figura 1); esta última cifra pone de manifiesto el abandono precoz al inicio de la gestación.

Otro aspecto a comentar es que aquellas mujeres que se mantienen fumando durante el embarazo también reducen de forma significativa el consumo diario de cigarrillos, poniéndose otra vez de manifiesto que la gestación representa un momento de especial motivación y sensibilidad para las mujeres para dejar de fumar^{12, 15, 17}.

A pesar de este patrón de consumo diferencial de las mujeres gestantes, entre el 50 y el 70% de ellas recae al año posterior al parto. Los factores que influyen en una mayor o menor predisposición al abandono del tabaquismo dependen del consumo de cigarrillos anterior al embarazo y del consumo y consejo de la pareja¹⁸. Dos de los factores más importantes asociados con las recaídas en el postparto son la introducción temprana de

la lactancia artificial y el tener familia y amigos que fuman¹⁹. En definitiva, observamos el gran papel facilitador del abandono tabáquico que representa la gestación para las mujeres y que lo que hace falta es conseguir que esta cesación se mantenga más allá del parto.

Figura 1. Prevalencia de madres fumadoras según el momento de la gestación



Fuente: ref. 10

Efectos del tabaco en la salud sexual y reproductiva

En términos generales, los estudios que han analizado el efecto del tabaco en la salud sexual y reproductiva de las mujeres han llegado a la conclusión que se trata siempre de aspectos relacionados con el efecto antiestrogénico del tabaco. Por ello, existe una menor predisposición de las mujeres fumadoras a padecer enfermedades estrogendependientes como el cáncer de endometrio, mientras que otras condiciones relacionadas con una deficiencia de estrógenos como la menopausia precoz se verían incrementadas^{2, 20}.

Cánceres

Cáncer de cérvix. Se trata de una de las causas de muerte por cáncer más importante en las mujeres en todo el mundo. La etiología más importante de este tipo de cáncer es la infección por el virus del papiloma humano, aunque afortunadamente no todas las mujeres infectadas por este virus llegarán a desarrollar lesiones precancerosas y cáncer invasivo. Diversos estudios demostraron ya hace tiempo una asociación entre tabaquismo y la

aparición de cáncer de cérvix, aunque dicha asociación inicialmente se atribuyó a factores de confusión como la infección por el virus del papiloma humano (VPH)²¹. Actualmente, se sabe que entre las mujeres infectadas por el VPH el tabaquismo incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix preinvasivo e invasivo. En concreto, el riesgo de cáncer invasivo maligno aumenta entre dos y tres veces de forma significativa⁷. Como factores causantes de este efecto se apunta a que el tabaco incrementaría la frecuencia de transformación maligna de las células cervicales infectadas por VPH y también podría provocar una reducción de la respuesta inmune en el cérvix uterino¹⁹.

Cáncer de endometrio. Como ya hemos comentado este tipo de tumor se asocia a una estimulación estrogénica y por ello, teniendo en cuenta que el tabaco presenta una actividad antiestrogénica, cabría esperar una reducción del riesgo de padecerlo en las mujeres fumadoras²². Así, en la revisión llevada a cabo por la International Agency on Reserach on Cancer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se concluye que el consumo de cigarrillos se asocia a una reducción del riesgo de padecer cáncer de endometrio del 20% al 50%, observándose especialmente en la post menopausia⁷. El conjunto de problemas que ocasiona el tabaco sobre la salud supera ampliamente este pequeño beneficio y de ninguna manera se puede recomendar el consumo de tabaco para reducir la acción estrogénica.

Cáncer de mama. Estudios epidemiológicos encontraron resultados contradictorios en la asociación de tabaquismo y riesgo de cáncer de mama, con riesgos relativos entre 1 y 2 pero ninguno había llegado a la conclusión significativa de un efecto protector en este caso concreto, a pesar de que se trata de un tumor estrogenodependiente²². Recientemente, el IARC de la OMS ha llegado a la conclusión tras revisar toda la evidencia existente sobre el tema que el tabaquismo no causa cáncer de mama y tampoco protege de su aparición⁷.

Reproducción

Fertilidad. El tabaquismo reduce la fertilidad tanto en mujeres como hombres. De hecho, los cigarrillos están entre las sustancias tóxicas que afectan la reproducción humana y reduce de forma significativa y con efecto dosis-respuesta la fertilidad de las mujeres que desean tener un hijo/a. Los efectos del tabaco se manifiestan sobre la viabilidad del ovocito, la motilidad tubárica, la división embrionaria, la formación del blastocito, el crecimiento del embrión y sobre su implantación. Puede existir un retraso en la concepción; entre las personas fumadoras las posibilidades de concebir se reducen entre un 10% a un 40% por ciclo y cuanto mayor es el número de cigarrillos consumidos más tarda la mujer en

quedarse embarazada²³. Pero también puede existir infertilidad (no concebir después de 12 meses de sexo sin protección o anticoncepción) tanto primaria (nunca ha tenido hijos/as) como secundaria (mujeres que ya han estado embarazadas previamente). Las mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de ser infértiles que las mujeres no fumadoras².

Tratamientos de reproducción asistida. La afectación de la fertilidad por parte del tabaco también se ha podido demostrar cuando se han llevado a cabo tratamientos de reproducción asistida. Así, en un estudio retrospectivo sobre resultados de fecundación in vitro se observa una tasa de nacidos vivos reducida entre las mujeres fumadoras, 9,6% respecto al 17% de las no fumadoras²⁴. Esta afectación puede ir desde un problema en la fase de estimulación ovárica –menor producción de óvulos en respuesta al tratamiento en las mujeres fumadoras– hasta un mayor riesgo de aborto tras la transferencia embrionaria¹⁹.

Anticoncepción. Las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales tienen un riesgo de padecer infarto agudo de miocardio 20 veces superior a las no fumadoras, especialmente en el grupo de edad por encima de los 35-40 años²⁵. Este exceso de riesgo llega a ser 22 veces superior a las mujeres no fumadoras en el caso de la hemorragia subaracnoidea²².

Menopausia. En general, las mujeres fumadoras presentan la menopausia dos años antes que las no fumadoras². El riesgo de adelanto de la menopausia se incrementa con el número de cigarrillos consumidos, de tal manera que si las mujeres han fumado un paquete de cigarrillos al día durante 20 años el riesgo de menopausia precoz es de prácticamente el triple respecto a las mujeres no fumadoras¹⁹.

Desarrollo fetal, parto y postparto. Existe evidencia concluyente, sin lugar a duda, del efecto del tabaquismo activo sobre ciertas patologías relacionadas con el embarazo y parto como son las complicaciones de la placenta, la ruptura prematura de membranas, la prematuridad, el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal^{19, 26}. En el caso del tabaquismo pasivo, también se ha demostrado de forma concluyente que existe un incremento de riesgo de Síndrome de muerte súbita del lactante, de otitis media y de enfermedades respiratorias, incluyendo el asma^{27, 28}. En la tabla I se resumen los grados de asociación entre el tabaquismo activo y pasivo y diferentes patologías del embarazo y del postparto. Basándose en una evidencia menor pero substancial y sugestiva diversos estudios apuntan a un mayor riesgo de tener un hijo/a con bajo peso al nacer para una madre no fumadora pero expuesta al humo ambiental del tabaco, así como la existencia cada vez más importante de conclusiones sobre un mayor riesgo de anomalías cromosómicas en los fetos de madres fumadoras respecto a las no fumadoras^{29, 30}.

Tabla I. Grado de asociación entre consumo de tabaco y diversas patologías de la vida sexual y reproductiva.

	Riesgo relativo
Tabaquismo activo	
■ Cáncer de cérvix invasivo	3,00
Tabaquismo activo durante el embarazo	
■ Aborto	1,25
■ Bajo peso al nacer	3,00
■ Prematuridad	2,00
Tabaquismo pasivo	
Embarazo	
■ Bajo peso al nacer	1,20
Niños	
■ Síndrome muerte súbita lactante (sólo madre)	2,13
■ Síndrome muerte súbita lactante (sólo padre)	1,71-2,12
■ Asma	1,37
■ Ingresos hospitalarios por enfermedades respiratorias	1,71

Fuente: adaptado de ref. 19.

Intervenciones efectivas de control del tabaquismo en el ámbito de la salud reproductiva

Es importante comentar antes que nada que las intervenciones de control del tabaquismo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva deben dirigirse especialmente a reducir el consumo en todas las mujeres, no únicamente en aquellas que están embarazadas. Por ello, desde el área de salud sexual y reproductiva se ha de ayudar a todas las mujeres fumadoras que acudan a la consulta desde la etapa pregestacional, como en la planificación de un embarazo, pasando por la gestación, hasta la etapa posparto. También es importante la intervención en aquellas mujeres que soliciten asesoramiento y prescripción de contraceptivos, especialmente en adolescentes y jóvenes, y en las consultas de menopausia.

Como ya se ha comentado, el enfoque de género, es decir, tener en cuenta e incorporar todos los aspectos que afectan a todas las mujeres en la iniciación, mantenimiento y cesación del tabaco, es esencial para asegurar una buena efectividad de las políticas a todos los niveles^{4, 31, 32}. El reconocimiento de la relevancia del papel de la mujer en la sociedad actual como persona principalmente, mujer trabajadora, madre, cuidadora, modelo a seguir por parte de los hijos/as y promotora fundamental de los hábitos de vida saludables ha de tenerse en cuenta a la hora de diseñar programas de intervención para reducir el tabaquismo femenino. Sin embargo, dichos programas no han de crear una mayor sobrecarga física y psicológica en las mujeres. Así mismo, estas acciones específicas han de incluirse en un marco de control del tabaquismo global para ambos sexos, que cree progresivamente un clima social favorable a un ambiente natural libre de humo para todos³³.

Intervenciones en torno al embarazo

En el caso de la gestación, se trata de un momento de especial motivación y sensibilidad de las mujeres para dejar de fumar, una ventana de oportunidad que se ha de aprovechar siempre y cuando las intervenciones no se centren únicamente en el momento del embarazo³⁴. Revisiones sistemáticas de la evidencia existente sobre las intervenciones para dejar de fumar durante el embarazo no sólo han demostrado resultados positivos, si se diseñan con los componentes que comentaremos a continuación (36 estudios con validación bioquímica de la cesación; RR=0,94; IC95%: 0,92-0,95), sino que además estas intervenciones han conseguido aumentar el peso al nacer de los recién nacidos (14 estudios, un total de 9.666 mujeres; RR=0,81; IC95%:0,70-0,94) y reducir la prematuridad (13 estudios, un total de 11.868 mujeres; RR=0,84;IC95%: 0,72-0,98)³⁵.

En las revisiones recientes de la efectividad de las intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas y al postparto se identifican algunos componentes efectivos y esenciales que deberían incorporarse, como son: la inclusión de guías y folletos para ayudar a las mujeres a dejar de fumar, evaluadas; la incorporación del consejo mínimo por parte de los y las profesionales del ámbito de la salud sexual y reproductiva; la identificación de los patrones de conducta de la pareja y del entorno cercano, así como la implementación de la ayuda a la pareja fumadora y medidas de apoyo del entorno social; el ofrecimiento en determinados casos del tratamiento farmacológico como complemento a las otras intervenciones; la evaluación y seguimiento de las intervenciones de forma indispensa-

ble y, en algunas de ellas, se vio que la incorporación de incentivos había dado buenos resultados³⁵.

Se establecen también como enfoques prioritarios y efectivos el «hacer a medida» las intervenciones teniendo en cuenta la población a la que van dirigidas según la edad, el nivel socioeconómico y la procedencia materna, dado que hay grupos como las adolescentes, las mujeres de bajo nivel socioeconómico que necesitan intervenciones más intensivas³⁶. También, es esencial el enfoque de género teniendo en cuenta como primordial la salud de la mujer como un todo y sus necesidades y no únicamente la salud del feto, de manera que cuando el niño/a ya ha nacido ya no importa que la mujer fume. El enfoque tradicional fetal no sólo disminuyó el valor de la salud de las mujeres sino que, como ya hemos dicho, además fracasó en mantener a las mujeres sin fumar después del parto. Las intervenciones han de ir, pues, desde la etapa preconcepcional hasta más allá del parto. Es muy importante transmitir la idea de ayuda y de empatía hacia las mujeres; en efecto, a medida que existe un mayor marco de control global del tabaquismo la estigmatización es más frecuente especialmente en las mujeres gestantes. Por último, se han de incorporar la prevención de las recaídas incidiendo en el entorno, la pareja, ayudarla si es fumadora a dejar de fumar, los hijos, y durante la lactancia a través de la información persistente de la importancia del tabaquismo pasivo³⁷ (tabla II).

Tabla II. Enfoques efectivos en las intervenciones en torno al embarazo.

-
- *«Tailoring»*: Adaptar la intervención según edad, nivel socioeconómico, procedencia materna.
 - *Enfoque de género*: Dar importancia a la salud de la mujer desde la etapa preconcepcional hasta más allá del año postparto.
 - *Desculpabilización*: Utilizar el mensaje de ayuda, empatía.
 - *Prevención de la recaída*: Motivar el abandono en primer lugar por el bien de las propias mujeres y en segundo lugar introducir aspectos del entorno como lactancia materna, hijos, pareja. Es esencial la inclusión de las «abandonadoras» espontáneas.
-

Fuente: ref. 36.

Un ejemplo: el Programa Embarazo sin Humo (*Programa Embaràs sense Fum*) en Cataluña

Teniendo en cuenta todo lo comentado en este capítulo, en Cataluña se está llevando a cabo el Programa Embarazo sin Humo, basado en intervenciones dirigidas a las tres etapas, pregestacional, gestacional y postgestacional cuyo objetivo general es que las mujeres dejen de fumar permanentemente, más allá del parto³⁸. Los objetivos específicos del programa son incrementar las tasas de cesación, reducir las tasas de recaída en el postparto e incidir en otros aspectos del entorno como el mantenimiento de la lactancia materna, la importancia de los niños y niñas que viven en la casa, la ayuda a la pareja y al entorno cercano de las mujeres.

El programa Embarazo Sin Humo, diseñado desde su inicio con una perspectiva de género, se compone de intervenciones estructuradas y basadas en evidencia científica y contempla material específico de ayuda a las mujeres para dejar de fumar y una guía clínica de apoyo al profesional sanitario a la hora de implementar las intervenciones, además de formación y sensibilización de todos los profesionales del ámbito de la salud sexual y reproductiva y una evaluación de proceso y resultados del programa. La población diana a la que va dirigida el programa es total, en todo el territorio, y está formada por todas las mujeres residentes en Cataluña que acuden desde la etapa pregestacional y gestacional a los centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) de atención primaria, en el momento del parto a las maternidades y en el puerperio a los centros PASSIR y a las Unidades de Atención Pediátrica.

Entre los materiales, se incluye una Guía Clínica para promover el abandono del tabaco durante la gestación que va dirigida a obstetras, comadronas, pediatras y enfermeras pediátricas³⁹. Se trata de una guía clínica manejable y fácil de utilizar, con recomendaciones basadas en evidencia científica y que sirve de instrumento de apoyo a los y las profesionales en su práctica diaria. La Guía incluye recomendaciones sobre el Consejo Mínimo basándose en el algoritmo clásico de las «5 A» de *Preguntar, Aconsejar, Valorar y Ayudar*. En ella se incorporan actuaciones según los niveles de evidencia y la fuerza de las recomendaciones a partir del tipo de estudio y la fortaleza obtenida. Así, entre aquellas recomendaciones sobre el consejo con mayor nivel de evidencia y fuerza de las recomendaciones se destacan el preguntar a todas las mujeres si son fumadoras independientemente de la edad y del motivo de consulta en salud sexual y reproductiva, recomendar no fumar a todas las mujeres fumadoras y dar material de ayuda por escrito. En

el caso de la terapia, las recomendaciones con mayor nivel de evidencia y fuerza de las recomendaciones son aquellas que aconsejan en las mujeres que requieran una terapia más intensiva la terapia cognitivo conductual o el consejo personal individual y, en aquellas mujeres que no puedan dejar de fumar, gestantes que fumen más de 10 cigarrillos diarios durante el embarazo, con test de Fagerstrom superior a 5 y que hayan presentado síndromes de abstinencia en intentos anteriores, el tratamiento substitutivo con nicotina (TSN), siempre y cuando se retire el parche por la noche.

El material de apoyo dirigido directamente a las mujeres incluye un póster donde además de incorporar mensajes más relacionados con la gestación se han añadido aspectos de género generales como: *mejorar tu salud depende de ti*, mensajes positivos como «*tú puedes hacerlo*» y «*tú eres lo más importante*» y mensajes de apoyo resaltando que los profesionales estamos para ayudarlas. En las ilustraciones se han representado mujeres que no están embarazadas y también la importancia del entorno y la pareja. Otro material de apoyo a las mujeres es una guía rápida o folleto, «*Respiro Salud*», con ideas e instrucciones para dejar de fumar. En esta ocasión, la guía es específica para embarazadas, ha sido evaluada por profesionales sanitarios y hace especial énfasis en la importancia del tabaquismo pasivo⁴⁰.

Papel de los/as profesionales del área de la salud sexual y reproductiva

Los/as profesionales especialistas en la salud sexual y reproductiva son las matronas y los/las ginecólogos/as que cuentan en general, con otros/as profesionales de soporte como psicólogos/as, administrativos de atención al usuario y auxiliares de enfermería, y trabajan coordinadamente con educadores, maestros/as y otros profesionales de la salud (médicos/as de familia, enfermería, pediatras, urólogos/as, etc.).

La matrona tiene un papel fundamental en el cuidado de la salud sexual y reproductiva que abarca desde la adolescencia hasta el climaterio. Las matronas intervienen en cada una de estas etapas realizando intervenciones y educación sanitaria con el objetivo de consolidar hábitos saludables y ayudar a abandonar aquellos que no lo son. Entre estos últimos el tabaco es uno sobre los cuales las matronas intervienen ya que son profesionales, la mayoría mujeres, sensibilizadas en este tema y que reciben formación para conseguir una mayor eficacia en el abandono del consumo de tabaco por parte de las mujeres, especialmente durante la etapa pregestacional, gestacional y postgestacional; en este caso la matrona que controla la gestación normal tienen la oportunidad de aprovechar las

visitas regulares para realizar el consejo, detectar dificultades en el abandono del tabaco, el grado de habituación y proporcionar ayudas para dejar de fumar.

Los ginecólogos/as conjuntamente con las matronas también deben proporcionar este consejo, unificando criterios de actuación y realizando intervenciones específicas en las gestantes de riesgo, así como la instauración de TSN en aquellas mujeres gestantes que lo requieren. La sensibilización de estos profesionales es cada vez mayor, ya que la formación también permite proporcionar conocimientos para un mejor manejo del consejo. En general, tanto ginecólogos/as como matronas introducen hábitos saludables en las diferentes etapas reproductivas de la mujer y, por tanto, han de planificar intervenciones con el objetivo de reducir el consumo de tabaco entre la población femenina. Además, se trata de colectivos de profesionales mayoritariamente femeninos que pueden ejercer también el rol de modelos sociales a seguir y frente a quienes las mujeres son muy sensibles⁴¹.

Conclusión

Las intervenciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva no han de concentrarse únicamente en el control del tabaquismo durante el embarazo sino que se deben realizar desde una perspectiva amplia de tabaquismo y género y han de implementarse en todo momento y más allá del parto. El embarazo es un buen momento, pero no el único, para dejar de fumar y forma parte del ciclo vital y continuo de las mujeres. El marco global de control del tabaquismo, que se está implulsando en estos momentos con la nueva legislación, es esencial en la mejora de la efectividad de todas estas intervenciones.

Bibliografía

1. López A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-7.
2. US Department of Health and Human Services. Women and Smoking. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
3. Amos A. Women and smoking. *BMJ* 1996; 53: 74-89.
4. World Health Organisation. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. Geneva: WHO, 2001.
5. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General. Rockville: USDHHS, 1980.
6. Royal College of Physicians. Smoking and the young. London: Royal College of Physicians, 1992.
7. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC monograph volume 83. Lyon: IARC, 2002.
8. Ruiz-Pardo MJ, Nerín I. Tabaco y embarazo. *Prevención del Tabaquismo* 1996; 5: 10-3.
9. www.ine.es (Encuesta Nacional de Salud 2003).
10. Martínez-Frías ML, Rodríguez Pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clín* 2005; 124: 86-92.
11. Jané M, Tomàs Z, Martínez C, Prats B, Vidal MJ, Cabezas C, Prats R, Plasència A. Aspectos asociados al mantenimiento del tabaquismo en el postparto en Catalunya. *Gac Sanit* 2007; 21: 26.
12. Pichini S, Puig C, García-Algar O, Pacifici R, Figueroa C, Vall O et al. Efectos neonatales del hábito tabáquico durante el embarazo y determinantes sociodemográficos en Barcelona. *Med Clín (Barc)* 2002; 118: 53-6.
13. Lindqvist R, Aberg H. Smoking habits before, during and after pregnancy among Swedish women and their partners in suburban Stockholm. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 12-5.
14. Haslam C, Draper ES, Goyder E. The pregnant smoker: a preliminary investigation of the social and psychological influences. *J Public Health Med* 1997; 19: 187-92.
15. Jané M, Nebot M, Badi M, Berjano B, Muñoz M, Rodríguez MC, et al. Factores determinantes del abandono del hábito tabáquico durante el embarazo. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 132-5.
16. Castellanos ME, Nebot M. Embarazo y tabaquismo: magnitud del problema y prevención desde los sistemas sanitarios. *Med Clín (Barc)* 1998; 111: 670-4.
17. Salvador J, Villalbí JR, Nebot M, Borrell C. Tendencias en la exposición al tabaquismo durante la gestación: Barcelona, 1994-2001. *An Pediatr* 2004; 60: 139-41.
18. Mas R, Escribà V, Colomer C. Who quits smoking during pregnancy? *Scand J Soc Med* 1996; 2: 102-6.
19. Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. London: British Medical Association, Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre, 2004.
20. Baron JA, La Vecchia C, Levi F. The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 502-14.

21. Doll R. Cancers weakly related to smoking. *Br Med Bull* 1996; 52: 35-49.
22. Dona i tabac. Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2001.
23. Olsen J. Cigarette smoking, tea and coffee drinking and subfecundity. *American Journal of Epidemiology* 1991; 133: 734-9.
24. Delcroix M, Chuffart M. *La grossesse et le tabac*. Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
25. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *Lancet* 1996; 348: 498-505.
26. Ananth CV, Savitz DA, Luther ER. Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa and uterine bleeding in pregnancy. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 881-9.
27. Schoendorf K, Kiely J. Relationship of Sudden Infant Death Syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics* 1992; 90:905-8.
28. Stick SM, Burton PR, Gurrin L, Sly PD, LeSouef PN. Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *Lancet* 1996; 348: 1060-4.
29. Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a metaanalysis and new data. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1999; 13: 35-57.
30. De la Chica RA, Ribas I, Giraldo J, Egozcue J, Fuster C. Chromosomal instability in amniocytes from fetuses of mothers who smoke. *JAMA* 2005; 293: 1212-1222.
31. Chollat-Traquet C. *Women and tobacco*. Geneva: WHO, 1992.
32. Department of Health. *Smoking Kills. A White Paper on Tobacco*. London: Stationery Office, 1998.
33. Jané M, Saltó E, Pardell H, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL, et al. Prevalencia del tabaquismo en Catalunya 1982-1998: una perspectiva de gènere. *Med Clínica (Barc)* 2002; 118: 81-5.
34. Haug K, Aaro LE, Fugelli P. Pregnancy- a golden opportunity for promoting the cessation of smoking? *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 184-9.
35. Lunley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford, Update Software, 2006.
36. Greaves L, Cormier R, Devries K, Bottorff J, Johnson J, Kirkland S et al. A best practices review smoking cessation interventions for pregnant and postpartum girls and women. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2003.
37. Fingerhut LA, Kleinman JC, Kendrick JS. Smoking before, during and after pregnancy. *Am J Public Health* 1990; 80: 541-4.
38. Jané M, Martínez C, Vela E. Protocol del Programa «Embaràs sense fum». Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2007.
39. Jané Checa M, Martínez Bueno C (coord). *Guía clínica para promover el abandono del tabaquismo durante el embarazo*. Barcelona: Dirección General de Salud Pública, 2006.
40. www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir472/index.html.
41. Britton GA. A review of women and tobacco. Have we come such a long way. *JOGNN* 1998; 27: 241-9.

capítulo 8

Tabaquismo pasivo

Cleopatra R'Kaina Liesfi [1]

Médica. Responsable del Plan Integral de Tabaquismo. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Ciudad Autónoma de Ceuta. Presidenta de la red mujer y tabaco.

Araceli Comino López [2]

Psicóloga. Coordinadora de la Unidad Especializada de tabaquismo. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

1 Médica. Responsable del Plan Integral de Tabaquismo. Consejería de Sanidad y B. Social de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

2 Psicóloga. Coordinadora de la Unidad Especializada de tabaquismo. Consejería de Sanidad y B. Social de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Introducción

Se denomina *tabaquismo pasivo* al hecho involuntario de respirar aire contaminado por el humo de tabaco. Compartir un espacio con alguien que fuma expone a quienes no fuman al humo del tabaco.

A lo largo de los últimos años se ha ido acumulando la evidencia científica sobre las consecuencias del tabaquismo pasivo sobre la salud⁽¹⁻⁴⁾. En la actualidad, los efectos nocivos derivados de la exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco no pueden ser negados: ha sido aceptado por las organizaciones científicas, las autoridades sanitarias y los gobiernos.

El informe *Las consecuencias sobre la salud de la exposición involuntaria al humo de tabaco*¹ de 2006 clasifica sus conclusiones en virtud de la fuerza que pueden inferirse con los datos existentes. A partir de la consistencia, coherencia y conexión temporal de las asociaciones, se establecen tres niveles de evidencia para sus conclusiones: 1) evidencia suficiente para inferir relación causal; 2) evidencia sugerente de relación causal, pero no suficiente; 3) evidencia inadecuada para deducir asociación.

Tabaquismo pasivo y salud

La mayoría de las personas que no fuman perciben molestias (como irritación de ojos, dolor de cabeza, mareos, cansancio, dolor de garganta, náuseas, tos o dificultad respiratoria) tras ser expuestas a concentraciones moderadas de aire contaminado por humo de tabaco. En cambio, quienes fuman regularmente, por su mayor y más continua exposición, suelen habituarse a esta toxicidad aguda del humo.

Además de estas molestias *menores* y de su contribución al denominado *síndrome del edificio enfermo* (que se debe fundamentalmente a la deficiente calidad del aire respirado), la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco ocasiona claros perjuicios sobre la salud de las personas expuestas en forma de enfermedades cardiovasculares, tumorales o respiratorias.

Exposición en adultos: trastornos causados

Existe evidencia suficiente para inferir relación causal en tres trastornos. Estos tres procesos no sólo son más frecuentes en aquellas personas expuestas involuntariamente al aire contaminado por humo de tabaco, sino que parte de los casos de las mismas son ocasionados por esta exposición. Además de *la irritación nasal* (que frecuentemente es calificada simplemente como «molestia»), estos trastornos son¹:

El cáncer de pulmón. El incremento del riesgo es del 20-30% y es proporcional a la exposición: se incrementa con el número de años y la intensidad de ésta. A la par, a medida que transcurre el tiempo desde la última exposición, el riesgo va disminuyendo progresivamente^{5,6}. Tal y como eran los patrones de consumo hace 60-70 años, este riesgo fue originalmente descrito en las mujeres de maridos fumadores (en Japón, en concreto)⁷; posteriormente, también se ha comprobado en otros países y culturas y en las parejas expuestas de mujeres fumadoras.

La enfermedad coronaria. Tanto en varones como en mujeres se observa un incremento del riesgo del 25-30% de padecer enfermedad coronaria y de muerte por su causa^{8,9}. Aunque este incremento del riesgo es similar al caso anterior, dado que en población general la enfermedad coronaria es mucho más frecuente que el cáncer de pulmón, este incremento porcentual representa unos altos valores absolutos de morbilidad y de mortalidad, siendo de gran relevancia para la salud pública. En el pasado costó asumir la realidad de este riesgo y valorar inequívocamente que habían sido descartados otros factores de confusión: esto se debía a que las diferencias que se observan entre fumadores activos y pasivos no son excesivamente grandes (x 2,0 vs. 1,3, aproximadamente). En la actualidad no se duda de la realidad e importancia de este riesgo: de hecho, es la principal razón por la que se considera necesario regular la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco^{10,11}.

Exposición en adultos: aumento de riesgo, pero sin evidencia suficiente para inferir relación causal

Las personas expuestas involuntariamente al aire contaminado por humo de tabaco presentan más frecuentemente los trastornos descritos en este apartado. Sin embargo, aunque estos podrían derivarse de –ser causados por– la exposición, hasta el momento presente no se ha descartado inequívocamente que el aumento de riesgo pueda ser debido a algún factor de confusión. Entre estos trastornos que se observan más frecuentemente en los fumadores pasivos se encuentran¹:

- 1) En el aparato cardiovascular: a) presencia de arteriosclerosis; b) aparición de accidente cerebro-vascular (manifestado como hemorragia subaracnoidea o infarto cerebral);
- 2) En el aparato respiratorio: a) aparición de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); b) aparición de asma en adultos y empeoramiento del asma existente; c) presencia de síntomas respiratorios (tos, sibilancias, tiraje y disnea); d) disminución de la función pulmonar; los síntomas respiratorios y la menor función pulmonar se observa tanto en personas sanas como en aquellas previamente asmáticas.
- 3) Patología tumoral: a) cáncer del seno nasal: la asociación epidemiológica es muy clara con tabaquismo pasivo, aunque sorprendentemente no lo es para el tabaquismo activo; b) cáncer de mama: la alta frecuencia basal del trastorno y la relativa escasa magnitud del riesgo añadido dificulta el establecimiento de la causalidad¹².

Exposición en adultos: asociaciones no concluyentes

Aunque algún estudio ha encontrado una asociación epidemiológica esta asociación se ha descrito en alguna ocasión, se duda de su existencia (bien sea porque los datos son escasos, de baja calidad o contradictorios). La existencia de estas asociaciones –sobre todo, su posible causalidad– no debe considerarse establecida hasta que la evidencia acumulada sea más concluyente¹. Entre estas asociaciones descritas se encuentran: a) la disminución aguda o acelerada de la función pulmonar; b) el carcinoma naso-faríngeo; c) el cáncer de cuello uterino; y d) la menor fertilidad o fecundidad femenina.

Efectos de la exposición en la infancia

A igualdad de exposición, los niños parecen presentar una mayor vulnerabilidad que los adultos a los efectos nocivos de la exposición al aire contaminado por el humo de tabaco¹³. En la actualidad, existe evidencia suficiente para inferir relación causal tras la exposición en los primeros años de la infancia al aire contaminado por humo de tabaco en, al menos, tres conjuntos de trastornos¹:

Enfermedades del tracto respiratorio inferior (que incluyen bronquitis y neumonía).

El riesgo de presentar estas infecciones es directamente proporcional al grado de exposición al que se ven expuestos los menores. El mayor riesgo ocurre en el primer año de vida, pero permanece alto hasta alrededor de los 3 años^{14, 15}.

Además, la exposición pasiva durante la infancia, durante la edad escolar, ocasiona una mayor presencia de síntomas respiratorios (tos, expectoración, sibilancias, disnea), presentando también más frecuentemente sibilancias recurrentes^{14, 15}.

Enfermedades del oído medio. La exposición pasiva da lugar a efusión crónica del oído medio y a una mayor prevalencia de otitis media aguda y recurrente¹⁶. El riesgo es dependiente de la intensidad de la exposición. La otitis media purulenta es la causa más frecuente de sordera infantil.

Síndrome de muerte súbita del lactante. En las sociedades desarrolladas este síndrome es la principal causa de muerte en el primer año de vida. La presencia de fumadores en el ambiente donde se desarrolla el bebé aumenta aproximadamente al doble la probabilidad de que éste padezca síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL); la exposición durante el embarazo también aumenta de manera independiente las probabilidades de aparición de este síndrome (tabla I)^{16,17}.

Tabla I. Efectos del consumo de tabaco materno sobre la probabilidad de aparición del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

	O.R.	IC 95%
Consumo en embarazo	2,1	1,8-2,4
Consumo en post-parto	1,9	1,6-2,4

La exposición al aire contaminado por humo de tabaco se asocia estadísticamente con la presencia de asma infantil y con la aparición de leucemias, linfomas y tumores sólidos cerebrales. Sin embargo, la evidencia no es aún suficiente para inferir relación causal¹.

Aunque en niños expuestos se ha descrito una mayor presencia de otros trastornos (como mayor mortalidad neonatal, menores tasas de crecimiento, disminución de la función cognitiva y aparición de problemas de conducta, otros tipos de cánceres y alergia mediada por Ig-E), la evidencia de la existencia de estas asociaciones no es concluyente¹.

Exposición pasiva de la madre durante el embarazo: efectos fetales

La exposición involuntaria de la embarazada al aire contaminado por humo de tabaco se asocia con una mayor frecuencia de parto pre-término y con un menor peso al nacer, aunque no se puede concluir que la relación sea causal.

Aunque algunos estudios han referido una mayor incidencia de aborto espontáneo y de malformaciones congénitas en la descendencia tras la exposición pasiva de la embarazada, la evidencia al respecto es inconcluyente¹.

Protección frente a la exposición involuntaria

La contribución de cada ambiente (familiar, laboral o de ocio) a la exposición al humo del tabaco de una persona varía con el patrón tiempo-actividad: desde el punto de vista de morbi-mortalidad, la exposición en el hogar es la más importante y con diferencia: se calcula que en la Unión Europea el 90% de la mortalidad atribuible al tabaquismo pasivo es derivada de exposiciones en el hogar¹⁸. Es predominante para los menores que no van a guarderías infantiles y para los adultos que conviven con personas fumadoras.

Para los adultos que viven con no-fumadores la principal fuente de exposición ha sido tradicionalmente el ambiente laboral; los lugares de ocio –que son ambientes laborales para una parte no despreciable de la población– son también una fuente importante de contaminación.

Enfoque de género en la prevención del tabaquismo pasivo

En la mayoría de los países en vías de desarrollo –que suelen caracterizarse por un consumo de tabaco predominantemente masculino– las mujeres son las principales víctimas de la exposición pasiva al humo de tabaco ambiental. Además, en comparación con sus hermanos, las niñas tienden a pasar más tiempo en el hogar, haciéndolas más vulnerables al tabaquismo pasivo tanto si fuma el padre como si lo hace la madre.

En estos países frecuentemente ocurre que la distribución de roles sociales frecuentemente no facilita que las mujeres puedan enfrentarse –al menos, de manera pública– a los estilos de vida de sus parejas. Esto resalta la importancia del género en los problemas de salud y cómo muchos problemas sólo pueden ser resueltos a través de un empoderamiento.

Permitir a la población –en este caso la femenina– un mayor control sobre los factores que inciden sobre su salud es lo que propiamente se considera empoderamiento. Por ello, la equiparación social y la igualación de derechos tiende a mejorar la salud de la población, femenina en este caso.

En las sociedades occidentales las mujeres suelen formar parte en un mayor grado del sector servicios, especialmente en el área de la restauración¹⁹, lo que las hace desproporcionadamente vulnerables frente a la exposición involuntaria al humo del tabaco en aquellos países, como el nuestro, que no han sido capaces de imponer restricciones al consumo en los lugares de ocio.

Por qué es tan tóxico el humo de tabaco

El humo del tabaco es una mezcla compleja de gases y partículas en la que existen más de 4.000 sustancias químicas. Un cigarrillo en combustión produce dos tipos de humo: 1) la *corriente principal*, la que los fumadores inhalan y exhalan del cigarrillo; y 2) la *corriente lateral* o secundaria, que va directamente al aire mientras el tabaco se consume. El humo ambiental de tabaco está formado por la corriente lateral –que constituye más del 75%– y por la corriente principal exhalada.

Proporcionalmente, la corriente lateral del humo del tabaco contiene mayores niveles de componentes dañinos que la corriente principal (ver tabla II) porque se origina a menores temperaturas: es fruto de una combustión más incompleta.

Tabla II. Incremento en la concentración del contenido de diversas sustancias en la corriente lateral del humo del tabaco en comparación con la corriente principal⁴.

Gases	CO	x 2,5-4,5
	CO ₂	x 8-11
	Formaldehído	x 5,5-8,5
	Acetona	x 2-5
	Amoniaco	x 40-170
	N-Nitrosodimetilamina	x 20-100
	N-Nitrosodietilamina	x ≈ 40
	Acroleína	x 8-15
	Hidracina	x 3
	Benceno	x 5-10
Partículas	2-Toluidina	x 20
	Fenol	x 1,5-3,0
	Anilina	x 30
	Benzo[a]pireno	x 2,5-3,5
	4-Aminodifenil	x 30
	Cadmio	x 7
	Níquel	x 13-30
	Polonio-210	x 1-4

En las personas involuntariamente expuestas al humo ambiental de tabaco, sobre todo tras exposiciones en ambientes cerrados, se observan aumentos en los niveles de materia particulada, nicotina, hidrocarburos aromáticos policíclicos, monóxido de carbono (CO), acroleína, dióxido de nitrógeno (NO₂), así como otros componentes tóxicos del humo. Además, en su orina se han detectado la presencia de carcinógenos específicos del tabaco.

Creación de espacios sin humo: razón de ser

A lo largo del siglo XXI se han ido aplicando en los países de la Unión Europea restricciones al consumo de tabaco en diversos lugares públicos, restricciones que van a ir extendiéndose en los próximos años. Esto obedece fundamentalmente a que se han ido reconociendo los efectos sobre la salud que ejerce la exposición al aire contaminado por humo de tabaco.

Al igual que se considera que la población debe ser protegida frente a otros contaminantes ambientales, hoy en día se considera ineludible proteger a quienes no fuman del principal contaminante de los espacios cerrados: el humo de tabaco. Esto sirve para crear un ambiente más saludable, tanto para fumadores como para no fumadores. El Convenio Marco sobre el Control del Tabaco, que entró en vigor en febrero del 2005 y cuyas directrices se están desarrollando, dedica su artículo 8.º a la protección frente a la exposición al humo del tabaco.

Indirectamente, la restricción del consumo en los ambientes laborales o espacios públicos contribuye a la *desnormalización* del consumo de tabaco y es una de las principales medidas de control.

Estrategias eficaces de protección

En relación al desarrollo de las patologías derivadas de la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco se observa que no existe un nivel de exposición que pueda considerarse libre de riesgo. Esto es especialmente relevante en el caso de los parámetros cardiocirculatorios (responsables de la morbi-mortalidad coronaria) que se ven alterados rápidamente incluso tras exposiciones breves.

Todos los estudios realizados muestran inequívocamente que la eliminación del consumo en los lugares cerrados es la única medida que protege a la población del riesgo de exposición involuntaria (una revisión exhaustiva al respecto puede encontrarse en el informe *Las consecuencias sobre la salud de la exposición involuntaria al humo de tabaco*, de 2006)¹.

Con otro tipo de medidas, que originalmente se consideró que podrían ser suficientes (como creación de espacios para fumadores, limpieza del aire y ventilación de los edificios), se ha observado que no son eficaces para eliminar los riesgos y algunas de ellas ni siquiera para reducirlos.

Por este motivo, todos los informes técnicos concluyen que la restricción total del consumo en los espacios cerrados es, en la práctica, la única manera realmente eficaz de proteger a la población de la exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental.

En estos hechos, y no en unas escalas de valores especialmente intransigentes con determinadas libertades, se basan todas las medidas restrictivas que los diversos países occidentales han tomado y están tomando al respecto.

Resumen

La evidencia científica sobre las consecuencias sobre la salud de la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco muestra inequívocamente que causa muerte prematura y enfermedad: la exposición durante la vida adulta ocasiona enfermedad coronaria y cáncer de pulmón; la exposición en la edad infantil aumenta entre otros el riesgo de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias agudas, problemas del oído medio, a la par que produce síntomas respiratorios y agrava el asma.

La eliminación del consumo en los lugares cerrados es la única medida realmente eficaz para proteger a la población de las consecuencias derivadas de la exposición involuntaria al humo de tabaco. El resto de medidas han mostrado una eficacia muy parcial y limitada.

En los países en desarrollo en los que el consumo de tabaco es predominantemente masculino, las mujeres y las niñas –que suelen pasar más tiempo en el hogar– suelen ser las principales afectadas por la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco. En los países desarrollados que no han sido capaces de imponer restricciones al consumo en los lugares de ocio suelen ser también las mujeres quienes más indefensas quedan frente al tabaquismo pasivo.

Al igual que en otros campos, dotar a la población de un mayor control sobre los factores que inciden sobre su salud (empoderamiento en un sentido amplio) contribuye a mejorarla.

Bibliografía

1. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A report of the Surgeon General. Washington: CDC-OSH, 2006.
2. Lopez MJ, Nebot M. Tabaquismo pasivo: un riesgo ignorado. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 503-504.
3. Nerin I. El fumador pasivo: ¿mito o realidad? *Arch Bronconeumol* 2006; 42(S2): 25-31.
4. Ayesta FJ, Lorza JJ. Tabaquismo pasivo. *Trast Adict* 2007; 9: 6-11.
5. Lubin JH. Estimating lung cancer risk with exposure to environmental tobacco smoke. *Environ Health Perspect* 1999; 107(S6): 879-883.
6. Yang M, Pyo MY. Molecular epidemiology of lung cancer in female passive smokers. *J Environ Sci Health C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev* 2005; 23: 75-97.
7. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J* 1981; 282: 183-185.
8. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999; 340:920-926.
9. Leone A, Giannini D, Bellotto C, Balbarini A. Passive smoking and coronary heart disease. *Curr Vasc Pharma-col* 2004; 2:175-82.
10. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. *Circulation* 2005; 111: 2684-2698.
11. Raupach T, Schafer K, Konstantinides S, Andreas S. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *Eur Heart J* 2006; 27: 386-392.
12. Johnson KC. Accumulating evidence on passive and active smoking and breast cancer risk. *Int J Cancer* 2005; 117: 619-628.
13. Randall S. Children and secondhand smoke: not just a community issue. *Paediatr Nurs* 2006; 18: 29-31.
14. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; 88: 1086-1090.
15. Kum-Nji P, Meloy L, Herrod HG. Environmental tobacco smoke exposure: prevalence and mechanisms of causation of infections in children. *Pediatrics* 2006; 117: 1745-1754.
16. Di Franza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics* 2004; 113(S4): 1007-1015.
17. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health* 2006; 21: 81-103.
18. Jamrozik K, Ross H, Joosens L, Jones S, Muller T, Kotzias D et al. Lifting the smoke-screen - 10 reasons for a smoke-free Europe. Brussels, European Respiratory Society. 2006.
19. Sanchez S. Second-hand smoke and women in Europe. International Network of Women against Tobacco (INWAT-Europe). 2006.

capítulo 9

Diferencias en el consumo de tabaco entre mujeres y hombres

Isabel Nerín de la Puerta [1]

Doctora en Medicina. Especialista en Neumología y Medicina Familiar y Comunitaria. Profesora del Departamento de Medicina y Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Coordinadora de la Unidad de Tabaquismo FMZ –Facultad de Medicina de Zaragoza– de la Universidad de Zaragoza. Principal línea de investigación: Tabaquismo y en particular aspectos del Tabaquismo en las mujeres. Investigadora principal en varios proyectos de investigación sobre Tabaquismo y directora de varias Tesis Doctorales sobre tabaquismo en la Universidad de Zaragoza. Socia a título personal del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Coordinadora del grupo de trabajo «Mujer y Tabaco» del CNPT.

Adriana Jiménez-Muro Franco [1]

Psicóloga. Unidad de Tabaquismo FMZ de la Universidad de Zaragoza. Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

1 Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.



Adriana Marqueta Baile [1]

Psicóloga. Unidad de Tabaquismo FMZ de la Universidad de Zaragoza. Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

Pilar Novella Abril [2]

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

1 Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.

2 Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.

Introducción

Las drogodependencias se definen como un trastorno conductual en el que como resultado de los efectos biológicos de una determinada sustancia, la persona tiene disminuido el control sobre el consumo de la misma. Sin embargo, se admite que los efectos biológicos aislados no son suficientes para generar una dependencia, ya que en el proceso adictivo intervienen también las características de la persona y del entorno. Así, en la base de cualquier dependencia coinciden siempre tres constantes: la existencia de un producto psicoactivo, su capacidad de refuerzo y la existencia de diversos estímulos, internos o externos al sujeto¹. En el caso de la adicción a la nicotina, se dan los tres elementos: una sustancia psicoactiva, con fuerte capacidad de refuerzo y cuyo consumo está condicionado por múltiples estímulos del entorno.

La dependencia es pues un fenómeno complejo en el que tiene una enorme importancia el contexto sociocultural en el que se desarrolla. De esta manera la extensión del tabaquismo, al igual que ocurre con otras epidemias con un importante componente conductual, está determinada por factores ambientales y culturales. Así se recoge en el modelo de López, comentado de manera más extensa en otro capítulo de esta monografía, que establece cuatro estadios en el consumo de tabaco en hombres y mujeres, teniendo en cuenta el diferente contexto sociocultural condicionado a su vez por el nivel de desarrollo de cada país. Por otra parte, dado que el género es un constructo analítico fundamentado en la organización social de los sexos², y que como han recogido otras autoras, «se lleva siempre puesto»³ resulta obligado analizar el problema del tabaquismo con esta perspectiva, vista la importancia que tiene el contexto en cualquier dependencia en general y en el caso de la nicotina en particular. Curiosamente los estudios sobre género y salud se iniciaron con el objetivo, entre otros, de poner en evidencia los sesgos producidos por generalizaciones de conocimientos que, a menudo, se fundamentan en investigaciones basadas sólo en población de sexo masculino⁴, sin embargo, se han centrado más en temas relacionados con la reproducción que sobre los estilos de vida.

Una vez asumido que el consumo de tabaco tiene condicionantes diferentes en hombres y en mujeres, resulta de interés analizar en profundidad los factores específicos de género que pueden intervenir tanto en el inicio del consumo, como en su mantenimiento, sin entrar en los relacionados con la deshabituación que será más ampliamente desarrollado en otro capítulo de esta monografía.

Factores de inicio en el consumo de tabaco en las mujeres

La mayoría de los jóvenes prueban su primer cigarrillo entre los 10 y los 14 años, y aunque la edad de inicio sigue siendo menor en los chicos, cada vez se equipara más entre los dos sexos. Por otra parte, en los países desarrollados es raro que un individuo empiece a fumar pasados los 20 años⁵. En España, los últimos datos estiman en 13,9 años la edad de inicio en el consumo de tabaco para ambos sexos⁶.

El proceso de inicio en la persona fumadora es complejo y está determinado por aspectos socioculturales, personales y ambientales, que difieren en hombres y mujeres.

Factores socioculturales

La influencia que ejerce el entorno más próximo va a ser determinante. Si los padres fuman, los más jóvenes se acostumbran a convivir con el humo del tabaco y lo incorporan al patrón de normalidad con lo que la percepción del riesgo disminuye, tienen más fácil acceso a la sustancia y acaban por imitar a sus padres. En este aspecto, existe una clara diferencia de género ya que las chicas son más sensibles al tabaquismo de ambos progenitores, especialmente al de la madre a la que toman como modelo, aunque dicha influencia disminuirá con la edad⁵. Diversos estudios afirman que las adolescentes cuyas hermanas mayores o madres fuman, tienen una probabilidad cinco veces mayor de llegar a ser fumadoras, con respecto a las jóvenes en cuya familia no fuma nadie⁷.

La influencia de los amigos, también denominados iguales o pares («peers»), juega un papel crucial, incluso más decisivo que el ambiente familiar. Ésta puede ser directa, como el ofrecimiento de cigarrillos por parte de los amigos, que afecta más a los chicos, o indirecta es decir, fumar porque los demás lo hacen, que afecta por igual a ambos sexos, siendo el número de mejores amigos fumadores el factor que se asocia más directamente con el tabaquismo en la adolescencia⁸. El temor a ser rechazado por el grupo de amigos (presión de homólogos) puede ser determinante a la hora de aceptar un cigarrillo y comenzar a fumar^{5,9}.

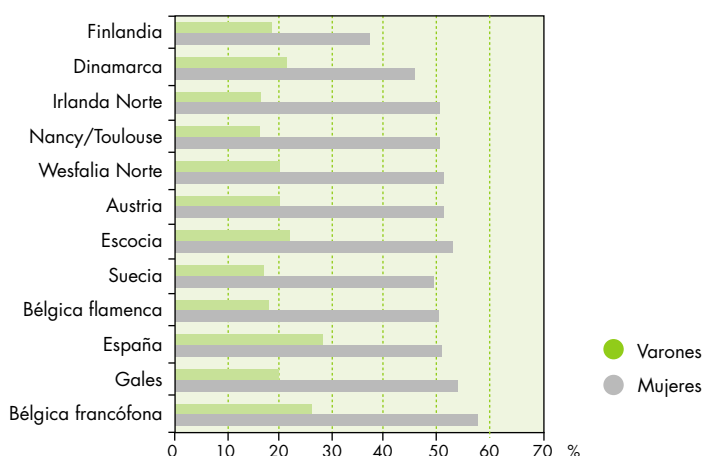
El entorno socioeconómico y cultural también está ampliamente ligado al inicio del tabaquismo. En nuestro país fueron las mujeres pertenecientes a un estatus social alto y un mayor nivel educacional las que empezaron a fumar antes, pero son las de este nivel las

que también han empezado a dejarlo antes. Actualmente se percibe un cambio en el patrón de inicio y son las mujeres de menor nivel educativo y clases más desfavorecidas las que más fuman, equiparándose así a los varones, cuyas tasas de prevalencia más elevadas se localizan en los grupos más desfavorecidos^{10,11}.

Factores personales

Entre los factores personales y psicológicos característicos del género femenino asociados con el inicio del tabaquismo destacan fundamentalmente la autoestima, la preocupación por la autoimagen, las consideraciones por el peso corporal y los estilos de afrontamiento a situaciones estresantes, por citar algunos de los más importantes¹⁰. Las chicas poco comunicativas con los padres y familiares, y más con los amigos y grupo social, tienen mayor probabilidad de ser fumadoras. Son más rebeldes y propensas a actitudes de riesgo, no conocen las consecuencias que acarrea el fumar y tienen una imagen positiva del fumador¹². Las adolescentes creen que fumar les hace más femeninas y sexualmente atractivas, les proporciona tiempo para sí mismas y es una fuente de placer y confort. También perciben que el cigarrillo les ayuda a estar delgadas, aumentando su autoconfianza y la impresión de estar a la moda. El control del peso es un factor de inicio más frecuente en las chicas que en los chicos. En este sentido, diversos estudios han puesto de manifiesto que las chicas consideran que tienen sobrepeso en mayor proporción que los chicos y que el tabaco les ayuda a no engordar¹⁰. (Figura 1)

Figura 1. Porcentaje de jóvenes (15 años) que consideran que deben perder peso por sexo. Diversas zonas de la Unión Europea 1993-1994 (tomado de la referencia 10).



Los procesos psicológicos involucrados en el tabaquismo también son diferentes entre hombres y mujeres. Las jóvenes con menor autoestima tienen más probabilidades de empezar a fumar debido a la creencia de que el tabaco calma los nervios, controla el estado de ánimo o alivia el estrés. Sin embargo, algunas investigaciones refieren que son las jóvenes más sofisticadas y con mayor control de sí mismas las que más fuman, en los últimos años de la adolescencia⁵. En cuanto el estrés, entendido como aquella ansiedad, irritabilidad u hostilidad característica de la adolescencia, afectaría también más a las chicas que utilizarían el cigarrillo para hacer frente a las tensiones propias de esta edad^{10,13,14}. Algunos de los efectos comentados contribuyen a que las adolescentes hagan un balance positivo de la conducta de fumar, al obtener beneficios tangibles del tabaco en su propia imagen, muy superiores a las preocupaciones no visibles e intangibles del tabaco en su salud muy a largo plazo¹⁰. Todo ello se traduce en actitudes favorables que junto con la intención de fumar en el futuro, se han mostrado como potentes factores predictivos en el tabaquismo de los jóvenes.

Factores ambientales

La publicidad ha influido de manera relevante en el inicio del consumo de tabaco en general y en las mujeres en particular¹⁵. La mujer se inicia en el consumo de tabaco más tarde que el hombre, condicionada por factores socioculturales relacionados con su incorporación al mundo laboral y el movimiento de igualdad de derechos¹⁶⁻¹⁸, aspecto ampliado y hábilmente utilizado por la industria tabaquera. La mujer aparece en la publicidad de tabaco a principio del siglo XX (1919) para asociarse rápidamente con la imagen de la moda y la delgadez en las revistas americanas de moda femenina. Entonces, algunas marcas de tabaco ya ofertaban a las mujeres anuncios de cigarrillos con propuestas como: «mejor un cigarrillo que un dulce». Su alianza con el sector más sofisticado dio lugar a la contratación de modelos para que fumaran en público, o estrategias como la de Lucky Strike, que en 1928 presionó a la industria de la moda para que eligiera el color de su cajetilla como color de la temporada¹⁹. Más tarde, se inicia entre las mujeres americanas el movimiento de liberación y de igualdad de derechos con un cambio importante en los valores femeninos. La industria del tabaco y su publicidad no permanecieron ajenas a estos cambios culturales y rápidamente modificaron el mensaje asociado al consumo de tabaco de sofisticación y glamour, por el más moderno de liberación e igualdad. A mediados del siglo XX, cuando la industria tabaquera descubrió que podía incorporar masiva-

mente a las mujeres al mercado del tabaco, inició fuertes campañas asociando el hecho de fumar a los valores en alza de la época, es decir, la liberación y la lucha por la igualdad de derechos. Baste un ejemplo: a finales de los años sesenta, de manera poco casual, Philips Morris lanzó al mercado una marca de cigarrillos destinada a las mujeres, cuyo slogan publicitario, «*Has recorrido un largo camino, pequeña*», asociaba el hecho de fumar con los valores de igualdad del movimiento de liberación propio de esa década²⁰. Así, fumar llegó a ser un signo de emancipación y desafío para muchas mujeres, simbolismo que utilizó la industria en sus campañas hasta inicios del siglo XXI. Diversas investigaciones han evaluado este efecto entre las adolescentes americanas y han puesto en evidencia el incremento de la prevalencia de fumadoras en las décadas sucesivas a los años sesenta²¹. Una vez que se había logrado popularizar el consumo entre las mujeres, utilizando los mensajes publicitarios de libertad e independencia, la industria lanzó el tabaco *light* como una opción «más saludable» para las mujeres²². En nuestra sociedad de consumo, *light* es una palabra potente; al añadirla a una marca de tabaco, éste puede ser vendido a personas fumadoras preocupadas por su salud que buscan productos menos perjudiciales. En el caso del tabaco, según documentos de Philips Morris, la investigación cualitativa confirmó que lo *light* es más femenino; de hecho las mujeres compran más estos productos que los hombres²³. No resulta pues sorprendente que estos cigarrillos se hicieran tan populares entre ellas. En 1995 en la Unión Europea el 48% de las fumadoras consumían cigarrillos *light*²⁴. Esta estrategia de la industria tuvo un impacto enorme en el tabaquismo femenino al conseguir que muchas mujeres, fumadoras de tabaco convencional, se pasaran a los *light* como una opción de consumo más saludable, retrasando o evitando la decisión de dejar de fumar²⁴. De hecho la promoción de este tipo de cigarrillos resultó mucho más exitosa que el desarrollo de marcas exclusivas para mujeres, cuya cuota de mercado permaneció limitada²³.

A lo largo de su historia, la publicidad de tabaco destinada a las mujeres, ha utilizado diversos mensajes asociados a valores típicamente asignados al rol femenino, siempre adaptados al contexto cultural de cada momento, como independencia, libertad, autoconfianza, control del peso, atractivo personal, autonomía, juventud, éxito personal, popularidad, éxito social, etc¹⁷. En la actualidad, uno de los valores más poderosos entre los adolescentes es todo lo relacionado con el sector de la moda, utilizado por la industria tabaquera de manera constante y universal²⁵. A diferencia de los chicos, las adolescentes pueden ser más susceptibles a determinados mensajes relacionados con las ten-

taciones para fumar¹⁹. Como ya se ha comentado existe evidencia de que en las chicas, la mayor preocupación por su apariencia física y una menor autoestima pueden favorecer el inicio en el consumo de cigarrillos²⁶. La publicidad de tabaco explota de esta manera la vulnerabilidad de las jóvenes, cuyo canon de belleza está representado por modelos muy delgadas a través del binomio delgadez-tabaco. Como consecuencia de todo ello, las adolescentes perciben el tabaco equivocadamente como beneficioso lo que facilita su inicio al consumo¹⁹.

La industria tabaquera ha conseguido el objetivo de incorporar el cigarrillo al estilo de vida femenino, convertirlo en normal para las mujeres y lograr su aceptación social. El éxito de todos estos esfuerzos por incorporar al mercado del tabaco a las mujeres es fácil de comprobar. Basta con observar la evolución a lo largo del siglo pasado, de la prevalencia del tabaquismo femenino en los países desarrollados, escenario habitual hasta ahora de toda la publicidad de tabaco.

Otro de los factores ambientales que incide en el inicio y también en la cantidad de cigarrillos que fuman, es el incremento del precio del tabaco, aspecto que influye más en el nivel de consumo de los jóvenes que en el de los adultos. Sin embargo, algunos adolescentes, mayoritariamente mujeres, dan prioridad a la compra de cigarrillos sobre otros consumos, incluso disponiendo de poco dinero, por lo que puede ser que el precio del tabaco no tenga un efecto tan potente^{7,16}. Frecuentar bares o discotecas y consumir bebidas alcohólicas también estaría relacionado con el inicio del consumo, debido a una mayor accesibilidad a la sustancia o por un deseo de imitar comportamientos adultos⁶.

Desde enero de 2006 en nuestro país está prohibida cualquier clase de publicidad de tabaco²⁷. Con esta limitación la industria tabaquera pierde una potente herramienta de promocionar el consumo. En países como Noruega, Finlandia, Nueva Zelanda y Francia la prohibición completa de la publicidad del tabaco y sus marcas ha ido seguida de una disminución del consumo entre los adolescentes²⁸. Sin embargo, tal y como se comenta en el capítulo de políticas debe incluirse en un programa más amplio de medidas de prevención y control del tabaquismo para lograr frenar el consumo entre los más jóvenes.

Factores que condicionan el mantenimiento de la conducta de fumar en las mujeres

Las mujeres, al igual que los hombres, fuman debido a las propiedades adictivas de la nicotina, pero existen diferencias en las razones que pueden impulsarlas a continuar

fumando. La nicotina intensifica los sentimientos de bienestar, produce activación o relajación, ayuda a mantener la atención y a controlar el peso y el apetito²⁹. Las mujeres tienden a fumar más por el efecto «sedación» y menos por el componente de «estimulación». Se considera componente de sedación a la asociación de la conducta de fumar con estados de ánimo negativos, es decir, tristeza, ansiedad, soledad, incertidumbre, frustración, etc³⁰. De esta manera, el cigarrillo les ayuda a hacer frente a determinadas situaciones y lo perciben como reconfortante, por lo que lo utilizan como un instrumento para calmar el nerviosismo, aliviar el estrés y mitigar el sentimiento de ira y frustración, atenuando estos sentimientos negativos⁷. Muchas personas fumadoras, tanto hombres como mujeres, refieren que fumar les relaja, lo que ha llevado a la creencia de que la nicotina es ansiolítica y que por lo tanto abandonar el tabaco incrementaría la ansiedad. Sin embargo, este efecto ansiolítico de la nicotina no se ha confirmado en el laboratorio ni en animales de experimentación. Se piensa que estos efectos tranquilizantes son más bien debidos a la reversión de una sintomatología leve de abstinencia o a su utilización como un estilo de afrontamiento ante una situación estresora³¹.

Por otra parte, a pesar de los cambios producidos en los últimos años, cada vez es más frecuente que las mujeres asuman una doble ocupación, es decir compatibilicen trabajo productivo y reproductivo³⁰, con la consecuencia de una menor disponibilidad de tiempo para descansar y mayores preocupaciones difíciles de ignorar. Así, aunque las mujeres, en general, están más preparadas que los hombres para afrontar el estrés crónico, la presencia de más cantidad de trabajo y mayores expectativas y/o dificultades en el mundo laboral, hace que se vean sometidas a un mayor nivel de estrés que sus compañeros varones³¹. Algunas mujeres organizan sus tareas diarias alrededor de su propio consumo de tabaco, por ello, utilizan los cigarrillos como excusa para hacer una pausa o como recompensa a una tarea realizada. Con esto, rompen la monotonía, hacen frente a las tareas que producen frustración, y se dan algo de tiempo para sí mismas, incluso lo verbalizan como el «único placer a lo largo del día»⁷.

Las mujeres de mediana edad, y cada vez más las jóvenes, tienen una serie de expectativas asumidas frecuentemente mayores que las que tienen sus parejas varones, en el campo familiar y en el estético. Con respecto a las expectativas familiares, autoimpuestas o sociales, las mujeres tienen la sensación de que podrían o deberían hacer más de lo que hacen y, debido a todo esto, tienen mayores sentimientos de culpa. En relación con las expectativas afectivas, las mujeres tienen mayor riqueza de registros en su vida y las

puede hacer más sensibles a las frustraciones, además, muchas de éstas vienen dadas por asumir escalas de valores masculinas³¹. Respecto a la manera de afrontar el estrés, muchas mujeres lo hacen de forma pasiva. Es decir, el estilo de afrontamiento es más de tipo paliativo que activo, por ello la conducta de fumar es una herramienta que le permite, sin modificar la situación estresante, aliviar su estado emocional negativo.

Todas estas circunstancias generadoras de estrés que se asocian a estados de ánimo negativos, dónde se utiliza el cigarrillo como una estrategia de afrontamiento, junto a la potente capacidad adictiva de la nicotina, son las responsables del mantenimiento de la conducta de fumar y dificultar claramente el cese tabáquico.

Por otra parte, a pesar de que las mujeres tienen un patrón de consumo de tabaco menor que los hombres y menor dependencia física, encuentran más obstáculos para dejar de fumar y les cuesta más mantenerse abstinentes a largo plazo. La preocupación por el peso corporal y su posible incremento al dejar de fumar es uno de los obstáculos que puede frenar la decisión de abandonar el tabaco en las mujeres. Diversos estudios demuestran que los fumadores pesan menos que los no fumadores y que dejar de fumar produce un incremento del peso³²⁻³⁴, debido fundamentalmente a los efectos metabólicos de la nicotina (aumento del gasto energético, etc.). Este hecho puede no ser fácilmente aceptado por algunas mujeres debido a que la ganancia de peso en la mujer es objetiva y subjetivamente importante. Objetivamente, porque la distribución femenina de la grasa hace que los incrementos de peso se noten más que en los hombres, en ellas en las caderas, en ellos en la cintura. Subjetivamente, porque existe una notable distorsión en la percepción sobre el peso ideal y la mayor parte de mujeres con un IMC de 22-23 tienen la sensación de que deberían pesar menos³⁰. Estudios recientes han puesto de manifiesto que el incremento de peso que se produce al dejar de fumar es moderado y transitorio, en la mayoría de los casos, y no puede constituir una barrera para el abandono del tabaco³⁴.

Otro aspecto que puede condicionar el mantenimiento de la conducta de fumar es el apoyo social. En general, las mujeres son más proveedoras que receptoras de apoyo social y si este es desfavorable o está ausente, se dificulta el camino hacia la abstinencia. En resumen, las mujeres empiezan, se mantienen y dejan de fumar por motivos diferentes a los hombres (ver Tabla I). Algunas mujeres fuman para mantener una imagen, para ganar aceptación o simplemente por conformismo social, otras utilizan el tabaco como estrategia de afrontamiento fácilmente accesible. En parte, algunos beneficios que experimentan las mujeres al fumar dificultan la toma de decisión de abandono del tabaco. No

Tabla I. Factores predictores del inicio y mantenimiento de la conducta de fumar en las mujeres.

FACTORES DE INICIO	FACTORES DE MANTENIMIENTO
Influencia de padres, hermanos y/o amigos	Asociación con estados de ánimo negativos
Autoestima y mayor sociabilidad	Estrés
Preocupación por el peso	Control del peso
Actitud positiva hacia el tabaco	Estrategias de afrontamiento
Publicidad	Publicidad

habría que olvidar los enfoques específicos de género como son las estrategias nutricionales para el control del peso, así como de manejo del estrés y potenciar la autoeficacia en la gestión del propio estilo de vida. Dada la elevada prevalencia de tabaquismo entre las mujeres de nuestro país, resulta imprescindible tener en cuenta estas necesidades reales específicas de género a la hora de abordar el tratamiento de deshabituación, así como en la prevención y el control del tabaquismo como problema de salud pública.

Bibliografía

1. Camí J, Ayesta FJ. Farmacodependencias. En: Flórez J, editor. Farmacología humana. 3ª ed. Barcelona: Masson; 1997. p. 565-591.
2. Rohlfis I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac. Sanit.* 2000;14(2):146-155.
3. Peiró R, Colomer C, Escribá V, Anitua C, Artazcoz L, Borrell C, et al. Género, armarios y cuestionarios. *Gac. Sanit.* 2000;14(5):408-411.
4. Rohlfis I, Borrell C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac. Sanit.* 2000;14(3):60-71.
5. Jané M, Pardell H, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prev Tab* 2001;3(3):147-154.
6. Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, López MJ, Juárez O. Factores asociados con el inicio del tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. *Arch Bronconeumol* 2004;40(11):495-501.
7. Chollat-Traquet CM. Por qué las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo. En: *Mujer y Tabaco*. Geneva: WHO, 1992; p. 57-73.
- 8 World Health Organization. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. Geneva: WHO, 2001.
9. Ariza C, Nebot M. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Rev. Esp. Salud Pública* 2002;76:227-238.
10. Jané M. Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. *Adicciones* 2004;16(2):115-130.
11. Fernández E, García M, Schiaffino A, Borrás JM, Nebot M, Segura A. Smoking Initiation and Cessation by Gender and Educational Level in Catalonia, Spain. *Prev Med* 2001;32:218-223.
12. Informe de la Dirección General de Salud Pública 2001. Las mujeres y el tabaquismo. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/tabaco/tabmujeres.htm>
13. Amos A. Women and smoking. *Br Med Bull* 1996;52:74-89.
14. US Department of Health and Human Services. Women and Smoking. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
15. Nerín I, Jiménez-Muro A, Marqueta A. Perspectiva de género: tabaco y mujer. En: Barrueco M, editor. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. 3ª ed. Madrid: GlaxoSmithKline; 2006. p.417-442.
16. Nerín I, Jané M. I Encuentro Nacional de Mujeres en Apoyo al Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Prev Tab* 2003;5:151-158.
17. Christen AG, Christen JA. The Female Smoker: From Addiction to Recovery. *Am J Med Sci* 2003;326(4):231-234.
18. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003;8:123-130.
19. Kaufman NJ. Smoking and Young Women. *JAMA* 1994;271:629-630.
20. Richmond R. You've come a long way baby: women and the tobacco epidemic. *Addiction* 2003;98:553-557.

21. Pierce JP, Lee L, Gilpin EA. Smoking Initiation by Adolescent Girls. *JAMA* 1994;271:608-611.
22. Nerín I. El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal. *Arch Bronconeumol* 2005;41(7):360-362.
23. Joossens L, Sasco A. La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Bruselas: Red Europea de Prevención del Tabaquismo, 1999.
24. Joossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Rev. Esp. Salud Pública* 1999;73:3-11.
25. Simpson D. Smoking and fashion. *Tob Control* 1993;2:244-245.
26. Minigawa K, While D, Charlton A. Smoking and self-perception in secondary school students. *Tob Control* 1993;2:215-221.
27. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. BOE 309 de 27 de diciembre de 2005; p. 42241-42250.
28. CNPT. Tabaco y Publicidad en España. Atención: Tabaco. Madrid
29. Becoña E, Vázquez F. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Rev. Esp. Salud Pública* 2000;74:13-23.
30. De la Rosa L, Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Trast Adict* 2004; 6(2):113-24.
31. Ayesta FJ, De la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? *Prev Tab* 2001; 3(3):155-160.
32. Klesges RC, Meyers AW, Klesges LM, La Vasque ME. Smoking, body weight, and their effects on smoking behavior: a comprehensive review of the literatura. *Psychol Bull.* 1989;106:204-30.
33. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rock-ville: Office on Smoking and Health;1990 [DHHS Publication CDC 90-8416].
34. Nerín I, Beamonte A, Gargallo P, Jiménez-Muro A, Marqueta A. Ganancia ponderal al dejar de fumar y su relación con la ansiedad. *Arch Broncomeunol* 2007; 43(1):9-15.

capítulo 10

Factores específicos de género en la dependencia de nicotina

M^º Cristina Pinet Ogué [1]

Licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría. Adjunto, Consultor 2 de la Unidad de Toxicomanías del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona. Master en Psicoterapia Analítica Grupal. Universidad de Deusto. Responsable del Programa de Evaluación y Tratamiento del Tabaquismo en el Hospital de Sant Pau. Coordinadora de dicho Programa desde Noviembre de 1997, hasta la actualidad. Responsable del Programa «Hospital sense fum», del Hospital de Sant Pau, desde noviembre 2003. Ha obtenido una beca de L'Agència d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, como investigadora principal para el desarrollo del Proyecto «Overview de l' efectivitat de les estratègies terapèutiques per poder deixar de fumar». Junio 2001 y dos proyectos para tratamiento de tabaquismo, en pacientes psiquiátricos y en personal sanitario, a partir de la Xarxa catalana d'Hospitals sense fum. Institut Català d'Oncologia 2006-2007. Investigadora principal en el Hospital de Sant Pau de un ensayo clínico multicéntrico SURSMOKE (Sanofi Aventis), con surinabant como coadyuvante para dejar de fumar, 2007.

1 Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas, Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona



Alfredo Gurrea Escajedo [2]

Médico especialista en Psiquiatría. Entre 2002 y 2003, psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Entre 2004 y 2007, psiquiatra del C.A.S. Horta-Guinardó para tratamiento de adicciones, especialmente dependencia nicotínica. Desde 2005 en adelante, psiquiatra del servicio de psiquiatría del Hospital del Mar. En la actualidad trabaja en el C.A.S. Barceloneta, dentro del servicio de psiquiatría y toxicomanías del Hospital del Mar de Barcelona. Ha realizado diversas publicaciones y comunicaciones en el ámbito de las conductas adictivas, con especial hincapié en la relación entre tabaquismo y patología psiquiátrica.

2 Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción

El tabaquismo fue definido por la OMS como una drogodependencia en 1984 y la nicotina clasificada como una sustancia psicoactiva por la sociedad americana de psiquiatría en 1987. En la última edición del manual americano de criterios diagnósticos para los trastornos mentales (DSM IV-TR), dentro del apartado dedicado a los trastornos relacionados con sustancias, la nicotina es definida como una droga de abuso capaz de provocar dependencia y abstinencia. Estos trastornos puede provocarlos cualquier modalidad de tabaco, incluyendo los preparados médicos que contienen nicotina.

La característica nuclear de la dependencia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el paciente continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de autoadministración repetida que suele abocar a la tolerancia, la abstinencia y la ingesta compulsiva de la sustancia¹.

Si tomamos como referencia un modelo biopsicosocial del concepto de dependencia, podemos englobar los factores que influyen en la misma dentro de tres esferas interrelacionadas: la socioambiental (ya descrita en el capítulo de desigualdades específicas de género), la fisiológica y la psicológica. A continuación iremos desgranando estos factores, centrándonos especialmente en las diferencias de sexo y género que parecen darse en gran parte de ellos.

Factores fisiológicos

Dependencia nicotínica, cesación tabáquica y recaídas

En un principio se creyó erróneamente que las mujeres tenían una dependencia nicotínica más intensa que los hombres, aunque actualmente sabemos que prácticamente no hay diferencias de sexo².

Lo mismo ocurre con la cesación tabáquica a corto plazo. Inicialmente se pensó que las tasas de cesación eran menores en mujeres. De hecho, existen diferencias según los grupos de edad. Las mujeres más jóvenes tienen tasas de cesación más altas que los varones, invirtiéndose esta proporción en grupos de mayor edad. Sin embargo, cuando tomamos los datos globalmente y se ajustan por edad, las diferencias de sexo desaparecen³.

Estas disparidades podrían estar relacionadas con el hecho de que los estudios de los que se han obtenido los resultados se han realizado sobre poblaciones no siempre comparables entre sí y usando diferente metodología.

Otros factores relacionados positivamente con una mayor tasa de cesación son un menor consumo tabáquico previo, un mayor nivel educativo y un índice de masa corporal alto. En este último caso, es plausible hipotetizar que las mujeres con un peso más elevado son menos permeables a la presión social sobre el aspecto físico y están menos preocupadas por los pequeños aumentos de peso tras la cesación tabáquica⁴.

Donde sí encontramos diferencias de género es en el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia, o dicho de otra forma, en la tasa de recaídas. Tanto en los estudios que evalúan la cesación espontánea como en los que se utiliza algún soporte farmacológico se observa que las mujeres presentan mayor tasa de recaídas que los hombres. Además, esta diferencia aumenta conforme pasa el tiempo desde la cesación^{5, 6}. Es decir, las mujeres no tienen mayores dificultades para dejar de fumar, pero sí para mantenerse abstinentes a largo plazo. Aunque el tratamiento sustitutivo con nicotina se muestra eficaz en ambos sexos, es significativamente más efectivo en hombres⁷. En un reciente estudio, sin embargo, no se encuentran diferencias significativas⁸. Además las mujeres son más sensibles a los efectos secundarios cuando se utilizan dosis elevadas, lo cual limita su efectividad al favorecer el abandono del tratamiento⁹. Esto no ocurre con el bupropion, tratamiento efectivo que en diferentes estudios no muestra diferencias de sexo¹⁰. Una de las hipótesis que se barajan con estos resultados es que existen diferencias motivacionales entre ambos sexos. Las mujeres serían menos sensibles que los hombres al refuerzo nicotínico directo, y sin embargo serían más proclives a factores no farmacológicos como el refuerzo sensorial y social secundario al uso del tabaco^{11, 12}. En este sentido, se observa que las mujeres, pero no los hombres, experimentan un aumento del refuerzo nicotínico cuando se les informa previamente de la dosis de nicotina que contienen los cigarrillos que van a fumar. Esto nos indica la importancia de los factores psicológicos¹³. Debemos tener en cuenta estos datos de cara a realizar un abordaje diferenciado, incluyendo un tratamiento con-

ductual que haga especial hincapié en factores como el control del peso y el manejo del estrés¹⁴. Obviamente no debemos olvidar el soporte farmacológico, necesario para minimizar la clínica abstinencial y maximizar el éxito. Esto es de gran importancia si tenemos en cuenta recientes resultados según los cuales a pesar de no existir diferencias de sexo a la hora de recibir consejo médico para abandonar el tabaco, el hecho de ser mujer sí está asociado a una menor probabilidad de recibir soporte farmacológico¹⁵.

Ciclo menstrual

El ciclo menstrual tipo tiene una duración de 28 días, comprende tres fases, la fase proliferativa o folicular (desde el día 1 de la menstruación al 13-14), la fase ovulatoria, y la fase secretora o luteal. Aunque no hay un acuerdo completo, las fases folicular y luteal se consideran divididas cada una de ellas en dos subfases: temprana y tardía. Esta subdivisión en 4 fases añade el beneficio de permitir la identificación de relaciones más sutiles entre las hormonas circulantes y la conducta a través del ciclo menstrual completo. En la fase folicular se produce un aumento progresivo de los estrógenos, hasta un punto máximo antes de la ovulación y cayendo en picado cuando esta se produce. En la fase luteal el nivel de estrógenos aumenta progresivamente hasta niveles menores a los de la anterior fase y es la progesterona la hormona que aumenta de forma más importante para mantener un posible embarazo. Si este no se produce, a los 14-22 días tras la ovulación los niveles de estradiol y progesterona caen, provocando el flujo menstrual.

Hay evidencias notables, procedentes de estudios animales, de que los sistemas dopaminérgicos, mesolímbicos y mesocorticales son sensibles a las estrógenos gonadales circulantes. Los datos conductuales, bioquímicos y fisiológicos demuestran que estas hormonas y también la progesterona, afectan a la conducta y modulan la actividad neuronal, afectando a funciones cognitivas, estados afectivos, sensibilidad al dolor y vulnerabilidad a las drogas¹⁶. El conocimiento de estas influencias en humanos puede tener implicaciones importantes para dilucidar las diferencias entre ambos sexos y los efectos del ciclo menstrual sobre la vulnerabilidad a las drogas, en la cual juega un papel muy importante la disfunción del sistema de refuerzo dopaminérgico. Datos preliminares de estudios de neuroimagen muestran que las mujeres en la fase folicular media (4-8 días tras la menstruación), cuando la progesterona no contrarresta a los estrógenos, presentan un aumento de reactividad del sistema de recompensa. Otros hallazgos sugieren que el sistema de refuerzo responde de forma más intensa en la fase folicular, tanto en la anticipación de la recompensa, como cuando se produce la consumación¹⁶.

En la mujer los estados de ánimo negativos, que incluyen ansiedad, depresión, irritabilidad y disminución de la capacidad de concentración, se incrementan frecuentemente durante la fase luteal del ciclo menstrual. Teniendo en cuenta que estos síntomas también aparecen de forma característica en el síndrome de abstinencia a la nicotina, podría esperarse que las mujeres experimentaran mayor *craving* (necesidad imperiosa de fumar) y/o fumaran de forma más importante durante esta fase, como también sería factible que las mujeres que dejaran de fumar en fase luteal experimentaran con mayor frecuencia e intensidad el síndrome de abstinencia, lo que podría conllevar un aumento de la posibilidad de recaída¹⁷.

Estas hipótesis han sido estudiadas por diversos autores, con resultados variables.

Los estudios sobre las respuestas al consumo de tabaco, y la conducta fumadora no dan resultados concluyentes sobre si se experimentan cambios significativos a través del ciclo menstrual¹⁸, con la excepción de las mujeres que sufren el síndrome de tensión premenstrual¹⁹. La conducta de fumar presenta oscilaciones durante el ciclo menstrual y la fase luteal parece estar particularmente asociada a un incremento del consumo²⁰.

Una revisión sobre los estudios que valoran el *craving* durante las fases del ciclo menstrual, sugieren una concordancia de aumento del deseo de consumo en la fase luteal, sobre todo en la subfase tardía, tanto en mujeres en consumo normal, como en abstinencia.

Los hallazgos que relacionan el ciclo menstrual con la intensidad de los síntomas de abstinencia a la nicotina son más consistentes, habiéndose observado valoraciones subjetivas de mayor intensidad de la abstinencia en las fases luteal tardía y temprana folicular. Los datos son más contradictorios cuando la intensidad de la abstinencia se intenta relacionar con peores resultados en la cesación cuando el intento se realiza en fase premenstrual o cuando existen síntomas de tensión premenstrual²¹. Algunos autores¹⁷ han hallado que las mujeres que dejan de fumar en la fase luteal, presentan una intensidad de la abstinencia significativamente superior que las mujeres cuyo abandono coincide con la fase folicular. Este aumento de intensidad lo observan para todos los síntomas valorados individualmente, así como también una mayor puntuación del BDI (Inventario de Depresión de Beck) en las mujeres de la fase luteal. Sin embargo no hallan ninguna diferencia en la tasa de éxito entre los dos grupos de mujeres. Otros autores si que informan de tasas de cesación más altas en mujeres cuyo intento coincide con la fase folicular, refiriendo las mujeres que abandonan en fase luteal niveles superiores de tensión premenstrual que las mujeres que no dejan de fumar²².

Todos estos resultados sugieren que las hormonas sexuales pueden afectar algunas de las respuestas a las drogas o a la abstinencia. La progesterona, por ejemplo, es un inhibidor funcional no competitivo del receptor nicotínico, y tanto la progesterona como el estradiol y otros esteroides inhiben la funcionalidad de los receptores nicotínicos musculares y ganglionares. Estas influencias pueden ayudar a explicar las diferencias de sexo que se observan en el refuerzo nicotínico y en la discriminación de la nicotina²³.

Dada la evidencia de la influencia del ciclo menstrual sobre aspectos de la cesación de tabaco, las mujeres premenopausicas podrían contrarrestar los efectos aditivos de la abstinencia tabáquica y los de la tensión premenstrual planeando el abandono del consumo en la primera fase del ciclo menstrual. Seleccionando uno de los primeros días de la fase folicular podría atenuar el síndrome de abstinencia y también el estado de ánimo depresivo¹⁷.

Una última cuestión es la intervención con tratamiento farmacológico. La influencia de la medicación sobre la abstinencia en las distintas fases del ciclo menstrual no está aclarada, pero sí se conoce que algunos fármacos pueden atenuar el aumento de los síntomas de abstinencia durante la fase luteal. Más aún, algunas medicaciones que alivian los efectos del ciclo sobre el estado de ánimo pueden mejorar las tasas de cesación al tabaco en mujeres con síndrome premenstrual²⁴. En aquellas mujeres que no pueda planearse el intento de cesación según su ciclo menstrual, las dosis altas de chicle de nicotina (4 mg) han probado ser más beneficiosas que las dosis bajas (2 mg), en el alivio de la sintomatología de abstinencia, particularmente durante la fase luteal²⁵. Los parches de nicotina también se han mostrado particularmente eficaces en el alivio de los síntomas en la fase luteal²⁶.

Factores psicológicos

Autoestima

Es conocida la relación existente en los y las adolescentes entre bajos niveles de autoestima y la presentación de múltiples conductas de riesgo, desde prácticas sexuales no seguras o riesgo auto lesivo hasta el abuso de sustancias²⁷. Cuando nos referimos al tabaco, se observa que los y las adolescentes que fuman más son los que presentan niveles más bajos de autoestima. Sin embargo, cuando analizamos las diferencias de género, en diversos estudios encontramos que entre las adolescentes, sobre todo las de mayor edad, aquellas que fuman son las que presentan niveles más elevados de autoestima²⁸. Una explicación podría ser que estas chicas, al tener una gran confianza en sí mismas y mayores habilidades sociales, se sienten más capacitadas para hacer frente a los comentarios

y a la presión social que implica comenzar a fumar a estas edades, sin olvidar además el mensaje de rebeldía que subyace al acto de fumar^{29,30}. Otros estudios, sin embargo, obtienen resultados contrarios, relacionando el género femenino con bajos niveles de autoestima³¹. Algunos autores creen que la existencia de datos no concluyentes no es debida a problemas metodológicos sino a la propia dificultad de acotar claramente la relación entre autoestima y tabaco en contextos concretos, dependiendo además del diferente significado que les otorga cada grupo social a estos conceptos³².

Control del peso y autoimagen

La nicotina hace que las personas fumadoras pesen de media unos 3 kilos menos que las no fumadoras, mediante un doble mecanismo: por una parte disminuye el apetito y por otra aumenta la tasa metabólica. Este efecto es temporal, por lo que tras abandonar el tabaco existe una tendencia a recuperar lo que sería el peso normal previo, con un aumento aproximado de 2,5 kilos en hombres y 3,5 en mujeres. Las mujeres suelen ganar más peso que los hombres. Este aumento, además de ser modificado por factores como el sexo y la edad, tiene una gran variabilidad interpersonal. El control del peso es un factor crucial en la iniciación tabáquica de los adolescentes, especialmente en el caso de las mujeres. Sabemos que una mayor proporción de chicas que de chicos creen tener sobrepeso y además piensan que el tabaco les ayuda a estar delgadas³³. En un estudio realizado entre adolescentes se constata que el 40% creen que fumar es una forma de controlar su peso, utilizándolo con esta finalidad el 12% de los fumadores regulares. La fase de planteamiento del uso del tabaco está relacionada con conductas de preocupación acerca del sobrepeso y la apariencia física, mientras que la fase posterior de experimentación con el tabaco está relacionada con conductas activas de control del peso como ejercicio, dietas o conductas purgativas³⁴. Estos mismos resultados se repiten en niños más pequeños, observando que aquellos que han fumado en alguna ocasión están más preocupados por su peso y han realizado más restricciones dietéticas que aquellos que nunca han fumado³⁵.

El control del peso también es un importante factor de mantenimiento del tabaquismo entre las mujeres adultas, por el miedo a engordar si se deja de consumir tabaco. Este factor puede llegar a empeorar el resultado de los tratamientos de cesación a pesar del soporte farmacológico³⁶. Las mujeres de raza negra son menos proclives a mostrar preocupación por su peso y por los efectos del tabaco sobre éste que las de raza blanca³⁷.

Un factor íntimamente relacionado con el control del peso es la autoimagen. Las fumadoras están más preocupadas por su autoimagen que las no fumadoras, y valoran los

beneficios tangibles del tabaco sobre su autoimagen muy superiores a los riesgos sobre su salud, intangibles y a un plazo tan largo que los contemplan como algo irreal³⁸.

Estrés

El estrés es uno de los factores psicológicos más importantes con los que se ha relacionado el tabaco. Entre los adolescentes, el estrés se vincula con el abuso de diferentes sustancias, entre ellas el tabaco³⁹. Diferentes desencadenantes del estrés, como la vivencia de acontecimientos negativos y los problemas familiares, están asociados a un mayor consumo de cigarrillos⁴⁰. La utilización primordial de mecanismos de afrontamiento negativos como la indefensión y el enfado en lugar de mecanismos positivos también se relaciona con el consumo de tabaco. El grado de estrés es mayor en los fumadores regulares que en los ocasionales, llegando a su punto mínimo en los no fumadores⁴¹. En relación con el género, las chicas fuman en mayor medida que los chicos para hacer frente al estrés propio de la adolescencia, que se manifiesta como irritabilidad, ansiedad y oposicionismo. En los adultos, el estrés se asocia con el mantenimiento del tabaquismo y el aumento de la tasa de recaídas. Hombres y mujeres fuman para reducir el estrés, pero existen desigualdades de género en los desencadenantes del mismo. Muchas mujeres siguen teniendo que ocuparse totalmente de las responsabilidades domésticas además de mantener una vida laboral activa. Estos factores domésticos aumentan la probabilidad de que sean fumadoras. Por lo tanto, debemos tener en cuenta que no solamente los factores socioeconómicos clásicos se relacionan con el aumento de la tasa de fumadoras⁴². Obviamente las mujeres de nivel socioeconómico más bajo presentan si cabe una mayor dificultad para la abstinencia. En estas mujeres existen importantes carencias y cargas sociofamiliares que les exigen un gran sobre esfuerzo. Además presentan niveles muy bajos de energía física y emocional, junto a sentimientos de aislamiento y desbordamiento. En este contexto, fumar se convierte en un mecanismo de afrontamiento que les permite momentos de huida así como un aumento del tono vital necesario para afrontar las desbordantes demandas cotidianas⁴³.

Utilidad percibida

Si los costes ocasionados por el tabaco son superados por los beneficios que la mujer atribuye a su consumo, seguirá fumando. Entre los costes podemos incluir las repercusiones sobre su salud o sobre la del feto, las alteraciones del tabaco sobre el gusto o la piel y el olor del tabaco en la ropa. Entre los beneficios hay que destacar el control del peso, el

manejo del estrés y el efecto sobre su autoimagen y sobre su forma de relacionarse con el medio social. También aquí encontramos diferencias de género. Las mujeres están más preocupadas que los hombres por los efectos nocivos del tabaco sobre su salud⁴⁴. Esto les hace ser más proclives a un consumo que se ha venido a llamar de «bajo riesgo», consistente en consumir un menor número de cigarrillos y hacerlo preferentemente de marcas «light», con la falsa creencia de que es menos perjudicial. Con esta táctica, la industria consigue reducir el número de mujeres abstinentes a costa de mantener consumos menos intensos pero continuados.

Como hemos comentado, un momento clave en las mujeres es el embarazo, aumentando drásticamente los costes ocasionados por el consumo. Al saber que están embarazadas, de forma espontánea un gran número de mujeres reducen considerablemente su consumo para evitar daños al feto. Aproximadamente un 20% de las mujeres alcanzan la abstinencia total durante la gestación. Sin embargo, algo más del 70% de ellas recaen antes de que haya pasado un año del parto. Esto indica que dejan de fumar temporalmente por el feto, pero realmente no están bien informadas sobre los efectos nocivos del tabaco sobre ellas mismas y del humo ambiental sobre el bebé. La probabilidad de cesación es mayor entre las mujeres jóvenes, casadas y con un mayor nivel educativo. El consejo directo de un profesional, especialmente al inicio de la gestación, puede aumentar la tasa de cesación en un 7%⁴⁵.

Patología afectiva

La depresión es un trastorno relativamente frecuente en la población general. El riesgo para el episodio depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general es sobre el 17%, sin embargo hay una amplia diferencia entre sexos, siendo más frecuente su aparición en el sexo femenino: 10-25%, que en los varones: 5-12%. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor se sitúa en el 5-9% en mujeres y en el 2-3% para varones⁴⁶. Este aumento de riesgo se instaura durante la adolescencia y puede coincidir con el inicio de la pubertad. Una proporción importante de mujeres refiere un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo unos días antes del inicio de la menstruación.

Los estudios más extensos y mejor documentados sobre la comorbilidad entre tabaquismo y trastornos psiquiátricos se han realizado en el campo de los trastornos afectivos, y más concretamente en los pacientes con depresión mayor (DM), observándose una fuerte correlación entre ambas patologías⁴⁷⁻⁴⁹. Esta relación existe en todos los estratos de

edad, siendo más significativa en mujeres, en pacientes con depresión mayor recurrente y en sujetos con altos niveles de dependencia nicotínica; a mayor nivel de dependencia mayor probabilidad de comorbilidad y gravedad de trastorno afectivo y de ansiedad.

Entre los pacientes fumadores, los antecedentes de DM se correlacionan con menores tasas de cesación del tabaquismo y mayor proporción de recaídas, así como con un síndrome de abstinencia más intenso.

La frecuencia de síntomas depresivos es inferior al 30% en el síndrome de abstinencia de fumadores sin antecedentes de DM. Sin embargo en sujetos con antecedentes de DM aparecen síntomas depresivos o disfóricos en más del 75% de los casos, siendo en ellos más intenso en general el síndrome de abstinencia. La aparición de síntomas depresivos en la abstinencia es un predictor importante de recaída; los estados de ánimo negativos, factor de riesgo de recaída, se asocian a una peor evolución de la cesación, especialmente en mujeres²¹.

Hallazgos recientes sugieren que los fumadores fuman para tratar de regular su estado de ánimo. Las razones de fumar incluyen la mejoría del estado de ánimo, el manejo del estrés, el afrontamiento del aburrimiento y la reducción de la ansiedad. Las mujeres refieren de forma más frecuente que los varones, que fuman para reducir el estado de ánimo alterado y el estrés, teniendo los sucesos vitales estresantes un efecto más negativo sobre la abstinencia y en la capacidad para dejar de fumar en las mujeres. En general se valora que el estado de ánimo negativo es un factor de riesgo de recaída más potente para mujeres, mientras que los estados afectivos positivos suponen un mayor riesgo de recaída en los varones. Esta relación de los estados de ánimo negativos más intensa en mujeres, lleva a algunos autores a valorar que el uso de antidepresivos para la cesación puede ser más efectivo en mujeres que en hombres²⁴.

Dada la prevalencia de síntomas depresivos, presentes o anteriores, entre los fumadores en general, no es sorprendente que entre un 30 y un 60% de los fumadores que buscan tratamiento presenten historia de DM, dentro de ellos de forma más frecuente las mujeres fumadoras. Por la magnitud de la situación es importante considerar las vías por las que la presencia de DM afecta a la historia tabáquica y a los intentos de cesación⁵⁰.

A pesar de ser la relación depresión y tabaco una de las mejor estudiadas, y ser la depresión más frecuente en mujeres, pocas investigaciones se han llevado a cabo para valorar específicamente esta relación en las mujeres y sus influencias en el consumo y en la cesación. Los datos que hemos aportado al inicio se han extraído de estudios generales en los

que *a posteriori* se han buscado las relaciones por sexos. Esta falta de valoración por género es una de las carencias importantes en las investigaciones. Vamos a repasar brevemente los datos que se obtienen en varios estudios recientes en los que el objetivo ha sido específicamente valorado en mujeres.

Un estudio en mujeres postmenopáusicas⁵¹, fue diseñado para investigar la influencia entre el uso o no de terapia de sustitución hormonal (TSH) en las variables relacionadas con la cesación del tabaco, síndrome de abstinencia a nicotina y estado afectivo. Contrariamente a la hipótesis de los autores, el TSH no tuvo ninguna influencia en los parámetros de abstinencia, pero sin embargo sí se observó relación con la sintomatología depresiva, siendo las mujeres con TSH las que experimentaron el mayor incremento de los síntomas depresivos. Este hallazgo debe interpretarse con precaución, porque uno de los posibles sesgos explicativos podría ser que el grupo de TSH tuviera una mayor proporción de mujeres que hubiesen buscado el tratamiento sustitutivo para contrarrestar síntomas depresivos previos. Aunque preliminar, puede tener implicaciones clínicas para las mujeres postmenopáusicas en tratamiento sustitutivo que buscan dejar de fumar.

Otro estudio en mujeres concienciadas en la ganancia ponderal potscesación⁵⁰, investiga la prevalencia de antecedentes de depresión mayor (DM) entre ellas y su influencia en la evolución del tratamiento. El primer hallazgo fue la elevada tasa de antecedentes de depresión en este subgrupo de mujeres. En segundo lugar, a pesar de observarse que las mujeres con antecedentes de DM eran con mayor frecuencia dependientes, las tasas de abstinencia continua no se diferenciaron en ambos grupos. Sin embargo en el grupo con antecedentes de DM las mujeres tenían más probabilidad de abandono sin iniciar el tratamiento. Finalmente, se halló que los síntomas depresivos se asociaban con la evolución, independientemente de si existía o no historia anterior de DM. Las mujeres que referían un incremento de los síntomas depresivos, desde el pre al postratamiento, tenían significativamente menos probabilidad de estar abstinentes. Sugieren los autores que los síntomas depresivos son un predictor más consistente de la evolución que los antecedentes de DM. Teniendo en cuenta la elevada proporción de mujeres en este grupo con antecedentes de DM y la alta tasa de abandono previo al tratamiento observada en el grupo con antecedentes, sería interesante investigar en estrategias de retención específicas.

Para concluir podemos decir que sigue manifestándose la importancia de los antecedentes de DM y de la sintomatología depresiva en las características del consumo de tabaco y en la cesación. También sigue siendo evidente la especial frecuencia de este problema

entre las mujeres. Sin embargo la escasez hasta el momento de un número importante de estudios cuyo objetivo sea la obtención de datos específicamente en mujeres, sigue dejando los hallazgos sin un peso importante para tener significación y poder extraer si es necesario intervenciones específicas.

Conclusiones

- Existen factores diferenciales de género en la dependencia de nicotina. Debemos tenerlos en cuenta a la hora de diseñar abordajes terapéuticos y preventivos dirigidos específicamente a las mujeres.
- En España comienza a ser preocupante el grado de avance de la epidemia tabáquica en las mujeres, pero todavía no hemos alcanzado el nivel de otros países desarrollados. Debemos fijarnos en las intervenciones llevadas a cabo en estos países para que nos sirvan de ejemplo tanto sus aciertos como sus errores a la hora de plantear nuestra estrategia.
- Debemos tener en cuenta factores muy importantes sobre todo a nivel psicológico, como son el control del peso, la autoestima y el estrés.
- Es fundamental el abordaje en adolescentes y entre las clases más desfavorecidas. Debemos recordar la importante presión de la industria tabaquera y su orientación actual hacia la mujer y de forma específica hacia estos nuevos objetivos.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª ed. Barcelona: Masson, 2002.
2. Jiménez Ruiz CA. Tabaco y mujer. *Med. Clin. Monogr. (Barc.)* 2002; 3:10-3.
3. Jarvis MJ. Gender differences in smoking cessation: Real or myth?. *Tob Control* 1994; 3:324-8.
4. Osler M, Prescott E, Godtfredsen N, Hein HO, Schnohr P. Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study. *Prev Med* 1999;29(1):57-62.
5. Ward KD, Klesges RC, Zbikowski SM, Bliss RE, Garvey AJ. Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addict Behav* 1997;22:521-533.
6. Bjornson W, Rand C, Connett JE, Lindgren P, Nides M, Pope F et al. Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. *Am J Public Health* 1995;85(2):223-30.
7. Wetter DW, Kenford SL, Smith SS, Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB. Gender differences in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(4):555-62.
8. Shiffman S, Sweeney CT, Dresler CM. Nicotine patch and lozenge are effective for women. *Nicotine Tob Res* 2005;7(1):119-27.
9. Evans SE, Blank M, Sams C, Weaver MF, Eissenberg T. Transdermal nicotine-induced tobacco abstinence symptom suppression: nicotine dose and smokers' gender. *Exp Clin Psychopharmacol* 2006;14(2):121-35.
10. Collins BN, Wileyto EP, Patterson F, Rukstalis M, Audrain-McGovern J, Kaufmann V et al. Gender differences in smoking cessation in a placebo-controlled trial of bupropion with behavioral counseling. *Nicotine Tob Res* 2004;6(1):27-37.
11. Perkins KA. Sex differences in nicotine versus nonnicotine reinforcement as determinants of tobacco smoking. *Exp Clin Psychopharmacol* 1996; 4:1-12.
12. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behavior. *Nicotine Tob Res* 2003;5(1):111-6.
13. Perkins KA, Doyle T, Ciccocioppo M, Conklin C, Sayette M, Caggiula A. Sex differences in the influence of nicotine dose instructions on the reinforcing and self-reported rewarding effects of smoking. *Psychopharmacology (Berl)* 2006;184(3-4):600-7.
14. Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: Características ligadas al género. *Rev. Esp. Salud Pública* 2000; 74:13-23.
15. Steinberg MB, Akincigil A, Delnevo CD, Crystal S, Carson JL. Gender and age disparities for smoking-cessation treatment. *Am J Prev Med.* 2006;30(5):405-12.
16. Dreher JC, Schmidt PT, Kohn P, Furman D, Rubinow D, Berman KF. Menstrual cycle phase modulates reward-related neural function in women. *PNAS* 2007; 104:2465-2470.
17. Perkins KA, Levine M, Marcus M, Shiffman S, D'Amico D, Miller A, et al. Tobacco withdrawal in women and menstrual cycle phase. *J Cons Clin Psychology* 2000; 68:176-180.
18. Perkins KA, Donny E, Caggiula AR. Sex differences in nicotine effects and self-administration: human and animal evidence. *Nicotine Tob Res* 1999; 1:301-305.
19. Pomerleau CS. Smoking and nicotine replacement treatment issues specific to women. *Am J Health Behav* 1996; 20:291-299.

20. Carpenter MJ, Upadhyaya HP, LaRowe SD, Saladin ME, Brady KT. Menstrual cycle phase effect on nicotine withdrawal and cigarette craving: a review. *Nic Tob Research* 2006; 8:627-638.
21. Reynoso J, Susabda A, Cepeda-Benito A. Gender differences in smoking cessation. *J Psychopathology Behav Assessment* 2005; 27: 227-234.
22. Gritz ER, Nielsen IR, Brooks LA. Smoking cessation and gender: the influence of physiological, psychological, and behavioral factors. *J Am Med Women Ass* 1996; 51: 35-42.
23. Perkins KA. Nicotine discrimination in men and women. *Pharmacology, Biochemistry and behavior* 1999; 64: 295-299.
24. Perkins KA. Smoking cessation in women. Special considerations. *CSN Drugs* 2001; 15: 391-411.
25. Hatsukami D, Skoog K, Allen S, Bliss S. Gender and the effects of different dosis of nicotine gum on tobacco withdrawal symptoms. *Exp Clin Psychopharmacology* 1995; 3: 163-173.
26. Allen SS, Hatsukami D, Christianson D, Brown S. Effects of transdermal nicotine on craving, withdrawal and premenstrual symptomatology in short-term smoking abstinence during phases of menstrual cycle. *Nicotine Tob Research* 2000; 2: 231-241.
27. Wild LG, Flisher AJ, Bhana A, Lombard C. Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(8): 1454-67.
28. Jané M. Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género. *Adicciones* 2004; 16 (2): 115-30
29. Michell L, Amos A. Girls, pecking order and smoking. *Soc Sci Med* 1997;44(12):1861-9.
30. Clayton S. Gender differences in psychosocial determinants of adolescent smoking. *J Sch Health* 1991; 61(3): 115-20.
31. Croghan IT, Bronars C, Patten CA, Schroeder DR, Nirelli LM, Thomas JL, et al. Is smoking related to body image satisfaction, stress, and self-esteem in young adults? *Am J Health Behav* 2006; 30(3): 322-33.
32. Glendinning A. Self-esteem and smoking in youth-muddying the waters? *J Adolesc* 2002; 25(4): 415-25.
33. Higgins V. Young teenagers and smoking in 1998: a report of the key findings from the Teenage Smoking Attitudes survey carried out in England in 1998 (Office of National Statistics) London 2000.
34. Tomeo CA, Field AE, Berkey CS, Colditz GA, Frazier AL. Weight concerns, weight control behaviors, and smoking initiation. *Pediatrics* 1999; 104(4 Pt 1): 918-24.
35. Kendzor DE, Copeland AL, Stewart TM, Businelle MS, Williamson DA. Weight-related concerns associated with smoking in young children. *Addict Behav* 2007; 32(3): 598-607.
36. Clark MM, Hurt RD, Croghan IT, Patten CA, Novotny P, Sloan JA, et al. The prevalence of weight concerns in a smoking abstinence clinical trial. *Addict Behav* 2006; 31(7): 1144-52.
37. Sánchez-Johnsen LA, Spring BJ, Sommerfeld BK, Fitzgibbon ML. Weight concerns and smoking in Black and White female smokers. *Addict Behav* 2005; 30(3): 601-5.
38. Amos A, Gray D, Currie C, Elton R. Healthy or druggy? Self-image, ideal image and smoking behaviour among young people. *Soc Sci Med* 1997; 45(6): 847-58.
39. Wills TA. Stress and coping in early adolescence: relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychol* 1986; 5(6): 503-29.

40. Bonaguro JA, Bonaguro EW. Self-concept, stress symptomatology, and tobacco use. *J Sch Health* 1987; 57(2): 56-8.
41. Siqueira L, Diab M, Bodian C, Rolnitzky L. Adolescents becoming smokers: the roles of stress and coping methods. *J Adolesc Health* 2000; 27(6): 399-408.
42. Graham H, Francis B, Inskip HM, Harman J; SWS Study Team. Socioeconomic lifecourse influences on women's smoking status in early adulthood. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(3): 228-33.
43. Graham H. Women's smoking and family health. *Soc Sci Med* 1987; 25(1): 47-56.
44. Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. *Soc Sci Med* 1997; 22: 685-698.
45. Lumley J, Oliver S, Waters E. Smoking cessation programs implemented during pregnancy. *Cochrane Library* 1998; Issue 4: 1-20.
46. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction* 1994; 89: 743-754.
47. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression. A casual analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 36-43.
48. Fergusson DM, Lynskey Mt, Horwood JL. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-years-old. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1043-1047.
49. Levin MD, Marcus MD, Perkins KA. A history of depression and smoking cessation outcomes among women concerned about post-cessation weight gain. *Nic Tob Research* 2003; 5: 69-76.
50. Allen SS, Hatsukami DK, Christianson D. Nicotine withdrawal and depressive symptomatology during short-term smoking abstinence: a comparison of postmenopausal women using and not using hormone replacement therapy. *Nic Tob Research* 2003; 5: 49-59.

capítulo 11

Prevención y educación para la salud según género

M^a Ángeles Planchuelo Santos [1]

Médica especialista en Medicina del Trabajo. Experta Universitaria en Tabaquismo. Técnica del Plan Regional de Prevención y Control de Tabaquismo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Fundadora y ex-presidenta de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Patrona fundadora y coordinadora del área de tabaquismo de la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). Presidenta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).

1 Centro de trabajo: Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid



María Sainz Martín [2]

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa de la Unidad de Promoción y Educación para la Salud del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Profesora de la Facultad de Medicina de la UCM. Presidenta de la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS) y de la Fundación de Educación para la Salud -FUNDADEPS-. Miembro del Comité Europeo de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES).

2 Centro de trabajo: Departamento de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de San Carlos, Madrid.

Introducción

La relación entre determinados comportamientos y la salud se conoce desde tiempos remotos. Hipócrates (460-377 a. C) ya concebía la idea de la medicina preventiva y realizaba recomendaciones respecto a la dieta y la forma de vivir de la época. Sin embargo, ha habido que esperar hasta comienzos del siglo XX para que apareciese por primera vez el término «*Educación Sanitaria*» al establecerse en 1912 la Oficina de Educación Sanitaria del Departamento de Salud de Nueva York, con unas funciones educativas propias.

Pero es sin duda la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y su agencia para los asuntos de la salud: la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), la institución supranacional que desde sus orígenes en 1948 reforzó la Educación para la Salud (*EpS*), a partir de un nuevo paradigma de la salud como «*Estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como ausencia de enfermedad o discapacidad*».

La estrategia mundial de «*Salud para Todos en el año 2000*» estableció las líneas maestras para favorecer y mejorar la salud de la ciudadanía. Los cuatro grandes bloques establecidos como *Determinantes de la Salud Humana* (Informe Lalonde¹,1974), que son los *Estilos de Vida, Medio Ambiente, Genética y Asistencia Sanitaria*, se contradecían con la disociación en la gestión económica y la influencia que les correspondía. Este trabajo marcó profundamente las resoluciones de la Conferencia de la OMS en *Alma-Ata*^{2,3} (1978).

A partir de entonces, se produce un punto de inflexión en el clásico modelo sanitario y se comienza a evitar el binomio de salud-enfermedad que prevalecía desde Galeno. Se detallan las nuevas dimensiones del moderno concepto integral de salud biológica, psicológica y social; además se pone de manifiesto que la consecución de los objetivos de salud sólo puede obtenerse si se desarrolla y potencia a través del principal punto de contacto entre la población general y la sanidad: la *Atención Primaria*, ya que se encarga no solo

de proveer los principales cuidados que necesita la población enferma, sino que se adentra en el control de las entidades morbosas, establece los mecanismos de prevención en los subgrupos poblacionales de riesgo y promueve la educación para la salud a nivel general.

La *Educación para la Salud / Educación Sanitaria*, se define como un conjunto de actividades que promueven experiencias y conocimientos a fin de obtener la información, las actitudes y el cambio de comportamiento adecuados para disfrutar de la salud integral y holística del nuevo modelo salubrista.

Paralelamente a estos cambios conceptuales en el mundo, los servicios destinados al cuidado de la salud seguían basándose en el «*Modelo de Enfermedad*», es decir, en atender a la persona sólo cuando ya estaba enfermo, lo que llevaba consigo que el grado de salud de la población no sufriera transformaciones.

A partir de la década de los ochenta y con los cambios producidos por la creación de las áreas sanitarias con la Atención Primaria y Especializada, el modelo asistencial hospitalocentrista cede ante la salud comunitaria. La EpS se refuerza como una herramienta de trabajo desde la Salud Pública para trabajar sobre los riesgos sanitarios en los comportamientos humanos.

Comienza el desarrollo conceptual de la *Promoción de la Salud* (Carta de Ottawa⁴, 1986) junto a la Educación para la Salud para trabajar con los nuevos problemas sanitarios detectados como las enfermedades crónicas, nuevas infecciones relacionadas con los comportamientos de riesgo (VIH/SIDA), nuevas epidemias con factores culturales y comportamentales de riesgo como las drogadicciones, en unas sociedades abiertas a los cambios sociales y económicos.

A partir de la década de los noventa y con los desarrollos legislativos a partir de la Ley General de Sanidad en España (1985), se ha profundizado legislativamente y socialmente para cambiar el obsoleto modelo intervencionista sobre la enfermedad.

Actualmente, se ha evolucionado hacia el «*Modelo Sanitario de Competencia*⁵», mucho más activo y salubrista que el modelo de enfermedad, pues nace con el objetivo de no sólo curar la enfermedad sino también de prevenir su aparición y aumentar el grado de salud de la población.

A lo largo del capítulo, y basándonos en este modelo de salud, vamos a exponer los diversos factores que conducen al tabaquismo para posteriormente concluir en los aspectos preventivos del mismo.

Factores que intervienen en la conducta de fumar

Aplicando al tabaquismo la definición de Domingo Comas⁶ sobre el consumo de drogas, podemos decir que «El consumo de tabaco es una conducta individual que está condicionada por una multitud y combinación de factores tanto individuales como sociales». Es decir, que existen una serie de factores de riesgo (situaciones y/o características sociales, culturales e individuales), que armonizadamente en un momento determinado incrementan las condiciones de vulnerabilidad del sujeto ante el consumo de tabaco.

Al estudiar los factores de riesgo que conducen a la adquisición del tabaquismo, nos encontramos con tres eslabones que interactúan entre sí: *el producto, el entorno (macrosocial y microsocial) y el sujeto*.

- El **tabaco** y concretamente la nicotina (como se explica en otros capítulos), es una droga de gran capacidad adictiva⁷, lo que lleva implícito que con pocos contactos se produzcan importantes dependencias que se ven agravadas por la temprana edad en la que se producen los mismos. Así, se ha podido observar cómo fumar sólo un cigarrillo coloca a un adolescente en serio riesgo de hacerse adicto al tabaco. De un 30% a un 50% de los jóvenes que prueban un cigarrillo, se convierten en fumadores. El 80% de la juventud que fuman dos o más cigarrillos completamente y superan las molestias iniciales del fumar, se convertirán en fumadores regulares⁸. Pero además, para cada individuo el tabaco va a cumplir una función determinada en su entorno.
- El **entorno** está conformado por el ambiente socio-cultural donde el y la joven se desarrolla y del que continuamente está recibiendo estímulos (entorno macrosocial) y por el ambiente inmediato donde la persona está unida afectivamente (entorno microsocial), formado por los agentes básicos de socialización: familia, escuela y grupo de iguales.

Los factores del *entorno macrosocial* más relevantes son los valores socioculturales, las actitudes sociales, el control normativo, las relaciones sociales, el ocio, el tiempo libre, los medios de comunicación y la publicidad. Todos y cada uno de ellos son estudiados por la industria tabaquera y utilizados para facilitar el inicio al consumo y el posterior mantenimiento de la adicción entre la juventud.

Existen grandes intereses económicos en hacer que cada vez se consuma mayor cantidad de tabaco, y para ello la industria responde con creatividad y todo tipo de recursos asociando el tabaco con los valores que mueven a la juventud actual. Valores como la competitividad, el éxito, la independencia, el prestigio o la imagen son vendidos como algo que va unido al consumo del tabaco. Pero además, consumir tabaco se convierte entre

muchos adolescentes en un rito colectivo, en el lazo de unión entre el grupo, es decir, les sirve de eje para la socialización.

Uno de los escenarios más seductores para los jóvenes es su ocio y tiempo libre, y por tanto la utilización que de ellos hacen. Se ha comprobado que hay un mayor riesgo de consumo de tabaco al acudir a los lugares donde exista una gran oferta del producto y su consumo no esté limitado, como es el caso de numerosos bares, pubs, discotecas... Sin embargo, el reunirse en estos centros forma parte de la realidad social del y de la adolescente y es una de las escasas alternativas de ocio que se le ofrecen para relacionarse con sus iguales (fundamental para su proceso de socialización).

Dentro del entorno *microsocial*, *la familia*, marco fundamental donde se forma la personalidad y se adquieren gran parte de las pautas de conducta del individuo, merece nuestra atención a la hora de prevenir el consumo de tabaco de los hijos e hijas, destacando por su interés tanto el estilo educativo como el estilo de vida de los padres. Así, se ha observado cómo los hijos e hijas de padres fumadores, perciben esta conducta como algo positivo y se incrementa su consumo respecto a su grupo de edad⁹. En nuestro medio, el estilo de vida de los padres queda reflejado en un reciente estudio sobre hábitos de salud en los y las adolescentes en el que el 50% de los encuestados su padre era o había sido fumador, en un 42,7% su madre era fumadora o ex fumadora y un 32,8% tenía algún hermano o hermana fumador/a¹⁰.

Al llegar a la *escuela* el niño o la niña lleva consigo unos valores, unas creencias y unas actitudes emanadas de su entorno familiar que en la mayoría de los casos no se han implantado totalmente y es en la escuela donde se afianzan, siendo en este sentido la figura del maestro crucial como educador y como modelo. Antes de la entrada en vigor de la ley 28/2005, el 43,3% de los y las adolescentes refería tener algún profesor/a fumador/a¹⁰. Antes de la implantación de la Ley 28/2005, en los centros donde se impartían temas antitabaco, el porcentaje de profesores que fumaban delante de los alumnos era del 6,71%, frente al 8,07% en el caso de los centros donde no lo hacían¹¹.

El *grupo de iguales* es un marco de referencia necesario para completar el proceso de socialización del y de la adolescente y cumple la función de soporte afectivo y protector que le va a posibilitar la posterior emancipación de la familia. Pero a cambio, el grupo exige al sujeto que mantenga los valores, actitudes, hábitos y pautas de comportamiento que dicta. Además, se crea un sentimiento de pertenencia al grupo, compartiendo valores como el riesgo, la aventura, las expectativas vitales, la trasgresión social, el consumo

de drogas... Si el grupo consume tabaco, al sujeto le será muy difícil no consumirlo. De hecho el 84% de los y las jóvenes comienzan a fumar en grupo y el 95% fuma con sus amigos/as¹².

- El **sujeto**, desde el nacimiento hasta la edad adulta, está recibiendo continuamente estímulos que analiza, dota de significado e interpreta para responder a ellos en función de sus características individuales, conformándose así su sistema de valores, actitudes, hábitos y patrones de comportamiento. Aunque es muy difícil separar lo que es estrictamente personal de lo ambiental, circunstancias como la dificultad para tomar decisiones, la búsqueda de gratificación inmediata, la baja autoestima y un sistema de valores poco claro, se correlacionan frecuentemente con el consumo de tabaco. La baja autoestima además conduce fácilmente a la búsqueda de un grupo de iguales «refugio» donde el y la adolescente se siente reconocido y al que se adapta muy bien, lo que le hace más vulnerable a la presión y más dependiente del grupo.

El proceso de hacerse fumador

Según el Banco Mundial¹³, de 80 a 100.000 jóvenes en el mundo se hacen adictos al tabaco cada día. En los países industrializados se estima que esta cifra es de 14 a 15.000. Con ello la industria trata de reemplazar la merma que les supone tanto las defunciones producidas por el tabaco, como los abandonos.

- La conducta de fumar se adquiere durante un largo proceso de aprendizaje que comienza prácticamente desde el nacimiento. Como hemos visto, en los primeros años, cuando se está produciendo el proceso de socialización primaria y, fundamentalmente, por la observación de modelos adultos fumadores, sobre todo padres y educadores, el niño o niña va adquiriendo la información necesaria para poder llevar a cabo en un futuro este comportamiento, a la vez que adquiere las actitudes y creencias positivas que esos adultos tienen respecto al tabaco. Las probabilidades de que un o una adolescente se haga fumador se incrementan¹⁴, e incluso se duplican si sus progenitores fuman¹⁵, y concretamente, en el caso de las adolescentes, esta vulnerabilidad está relacionada fundamentalmente con el consumo de tabaco de la madre¹⁶. Es la *fase de preparación*.
- Más tarde se llega a la *fase inicio* en la que a la observación de modelos adultos se añade la curiosidad que el o la adolescente siente por experimentar los efectos físicos provocados por el cigarrillo. Esta etapa es crucial en el desarrollo del hábito ya que se estima que entre el 33 y 50% de los o las jóvenes que llegan a esta fase se hacen fuma-

dores regulares en un promedio de 2.3 años¹⁷. Los o las jóvenes buscan a través de esta conducta típicamente «adulta» la reafirmación de su personalidad y su aceptación dentro del grupo de iguales, aunque parece que las chicas son menos sensibles a la presión directa ejercida por el grupo que los chicos¹⁸. El hecho de que el mejor amigo o amiga sea fumador es un importante predictor de que el o la adolescente se iniciará en el consumo de tabaco.

En esta fase parece que las chicas utilizan el tabaco para hacer frente a los problemas propios de la adolescencia. La baja autoestima en las adolescentes más jóvenes y la alta autoestima en las más mayores se han asociado con un mayor consumo de tabaco^{19,20}. En nuestro país no existe diferencia entre la edad media de inicio al consumo de tabaco entre las chicas (13,2 años) y los chicos (13,1 años), ni tampoco en la de consumo diario (14,4 y 14,5 años respectivamente)²¹.

Figura 1. Prevalencias del consumo de tabaco según sexo y edad

TABACO												
	Alguna vez						Últimos 12 meses					
	94	96	98	00	02	04	94	96	98	00	02	04
Total	60,5	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4
Sexo												
Hombre	56,0	58,9	57,4	57,1	54,6	56,6	26,0	26,2	25,5	27,3	25,0	32,9
Mujer	65,1	69,4	68,5	66,7	64,7	64,1	36,3	38,1	37,6	37,1	33,4	41,9
Edad												
14 años	44,5	49,8	51,3	45,8	43,8	42,1	18,0	18,5	19,0	17,2	13,4	15,5
15 años	58,3	60,1	58,6	58,8	55,5	54,7	28,4	27,7	27,7	28,1	23,6	28,9
16 años	63,9	69,1	65,7	62,7	63,0	62,3	33,9	35,9	33,0	32,2	32,0	38,6
17 años	68,5	69,9	69,5	68,6	67,2	70,0	37,0	36,4	37,8	38,8	37,6	51,3
18 años	72,7	76,7	76,9	78,6	73,2	77,3	44,4	50,3	49,7	51,6	46,4	60,1

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Esta fase se ve favorecida por la intervención de numerosos factores del entorno entre los que destacan la publicidad y la accesibilidad del producto. Aunque la industria tabaquera lo niegue, su publicidad está fundamentalmente dirigida a los más jóvenes, es decir, a reclutar nuevos clientes y no a que las personas fumadoras adultas cambien de marca. Los beneficios que obtiene la industria tabaquera son muy superiores a los esfuerzos que realiza por adquirir nuevos clientes. De hecho cada persona que adquiere la conducta de

fumar le reporta a la industria el beneficio correspondiente a 20-30 años como consumidora habitual del producto.

El tipo de mensajes utilizados (riesgo, aventura, libertad, trasgresión social, pertenencia a grupo, solidaridad, emancipación, evasión...) y los modelos (guapos, atractivos, sensuales, saludables, esbeltos, actuales, jóvenes...) presentan características y valores ansiados y compartidos por los o las adolescentes.

La industria tabaquera promueve la incorporación de las mujeres al consumo de tabaco utilizando diversas estrategias:

- Promesas de sofisticación y encanto, llegando a difundir la idea de que fumar no es solo una conducta apropiada sino deseable para las mujeres²².
- Utiliza las revistas femeninas como canal importante para hacer llegar su publicidad a las mujeres, haciendo partícipe la propia credibilidad de la revista al producto tabáquico²³.
- La publicidad asocia el tabaco con valores atractivos para las mujeres como sofisticación, diversión, romanticismo, atractivo sexual, rendimiento deportivo, sociabilidad, juventud, emancipación, feminidad, rebeldía, aventura, esbeltez... Durante la adolescencia, la preocupación por la imagen corporal y el control del peso es una de las consideraciones que favorece el inicio al consumo de tabaco²⁴. De hecho más chicas que chicos tienen la percepción de sobrepeso y de que el tabaco las ayuda a estar más delgadas²⁵.
- Lanzando al mercado marcas de cigarrillos exclusivamente femeninas²⁶. (Capri, Vogue, Virginia Slims...).
- Promoviendo productos light de marcas de gran venta, convirtiéndose esta estrategia en más exitosa que las marcas de cigarrillos exclusivas para mujeres cuya cuota de mercado ha permanecido limitada. En la Unión Europea el 49,6% de las mujeres, frente al 28,9% de los varones consumían cigarrillos «light», situación que aumenta con la edad pero no con la educación²⁷. Esto se debe fundamentalmente a que las mujeres, más preocupadas en general por su estado de salud, utilizan este tipo de cigarrillos como «más seguros».

Otro de los medios que las tabaqueras utilizan para la promoción de sus productos es la industria cinematográfica. Podemos observar cómo en las películas de mayor éxito fuman con asiduidad el 80% de los personajes masculinos y el 37% de los femeninos²⁸.

Llama la atención cómo en las series televisivas desarrolladas en ambientes juveniles también fuman sus personajes, haciendo que se produzca un ambiente socialmente favorable al consumo y, sobre todo, disminuyendo la credibilidad de los consejos educacionales.

Todo está perfectamente estudiado: quién debe fumar, cómo debe hacerlo y en qué momento.

Cuando la legislación es lo suficientemente restrictiva, la industria utiliza otras formas de publicidad indirecta como la promoción de viajes, prendas de vestir, complementos..., donde aparecen la marca o el logotipo de marcas conocidas. Se ha comprobado cómo los jóvenes que utilizan estos artículos (camisetas, pantalones, bolsos, mochilas, relojes, gorros...), tienen el doble de posibilidades de convertirse en fumadores²⁹. En ocasiones, la estrategia utilizada es el regalo de estos productos: sólo hay que hacer una cosa para conseguirlos ¡FUMAR y FUMAR!

Otras formas de promoción de gran éxito entre la población juvenil es el apadrinamiento de eventos musicales y deportivos. Al asociar a los deportistas que son ídolos de la juventud con una determinada marca de tabaco existen muchas posibilidades de que sus seguidores comiencen a fumar esa marca. Además los resultados económicos por este tipo de promoción son muy beneficiosos para la industria.

Otro de los factores más importantes de inicio al consumo del tabaco es la disponibilidad y la accesibilidad al producto. El tabaco es la droga más accesible para cualquier ciudadano, ya sea una persona adulta, joven o adolescente, tanto en lo que se refiere a la facilidad de adquisición como de consumo. Aunque desde la entrada en vigor de la Ley 28/2005 la venta y el suministro de los productos del tabaco sólo se puede realizar a través de las expendedurías de tabaco y timbre o en establecimientos que cuenten con las autorizaciones administrativas oportunas mediante máquinas, en nuestro país el número de las mismas es muy elevado: más de 15.500 expendedurías y de 100.000 máquinas automáticas.

El bajo precio de las labores tabáquicas también favorece su accesibilidad por los grupos sociales con menor poder económico como es el caso de los adolescentes. España es uno de los países de la Unión Europea con menor carga fiscal sobre el tabaco. El mismo producto que en nuestro país cuesta 2,90 euros, en la media de la Unión Europea cuesta 3,50 y en el Reino Unido más de 6 euros.

Según datos del Banco Mundial, los aumentos de precio son el elemento disuasorio más efectivo y rentable, especialmente para los y las jóvenes y otros grupos con ingresos bajos, quienes necesariamente son más sensibles a las subidas. Se estima que un incremento del 10% en el precio final de los cigarrillos produce una disminución en el consumo de los adultos del un 2%, y en los y las jóvenes del 7-10%^{30, 31}.

- La tercera *fase* es la *de habituación* o afianzamiento. Frecuentemente se sitúa entre los 14 y los 18 años y, en la misma se adquieren los patrones o ritmos de consumo de tabaco. Durante esta etapa se va desarrollando el fenómeno de la tolerancia, es decir, el o la joven va a consumir cada vez mayor cantidad de cigarrillos, lo que le va a conducir a su vez a que se establezca una dependencia física de la nicotina. Pero además desde el punto de vista psicológico y social, las sensaciones agradables que se derivan del consumo se van a asociar cada vez a mayor número de circunstancias. En definitiva, el consumo de tabaco va a convertirse en una conducta cada vez más generalizada y desencadenada por un número creciente de estímulos discriminativos.

En España, entre los jóvenes de 14 a 18 años la prevalencia de consumo es mayor en las chicas que en los chicos. Mientras que fuman el 41,9% de las primeras, los chicos lo hacen en un 32,9%²¹.

Figura 2. Edad media de comienzo de consumo de tabaco según sexo y edad (fumadores actuales y exfumadores)

	TABACO							
	TOTAL	SEXO		EDAD				
		HOMBRE	MUJER	14	15	16	17	18
Año 1998								
Edad media de consumo por primera vez	13,2	13,0	13,4	12,0	12,6	13,2	13,8	14,0
Edad media de comienzo de consumo diario	14,5	14,6	14,5	13,0	13,8	14,5	15,2	15,5
Año 2000								
Edad media de consumo por primera vez	13,1	12,9	13,2	12,0	12,4	12,9	13,7	14,0
Edad media de comienzo de consumo diario	14,4	14,4	14,3	12,9	13,4	14,2	15,0	15,4
Año 2002								
Edad media de consumo por primera vez	13,1	13,0	13,1	12,0	12,4	13,0	13,6	13,8
Edad media de comienzo de consumo diario	14,4	14,4	14,3	12,9	13,5	14,3	14,9	15,3
Año 2004								
Edad media de consumo por primera vez	13,2	13,1	13,2	12,2	12,7	13,1	13,4	13,9
Edad media de comienzo de consumo diario	14,5	14,5	14,4	13,2	13,8	14,4	14,8	15,3

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

- Por último, se llega a la *fase de mantenimiento*, durante la que se consolidan los niveles de adicción de la nicotina. El fumador se ve obligado a mantener estables estos niveles mediante el consumo más o menos frecuente de labores de tabaco: es un fumador regular; y si se ve obligado a no fumar en períodos lo suficientemente largos se desencadena el síndrome de abstinencia. En el caso de las mujeres el efecto que la nicotina tiene sobre el control del peso y el apetito, y la reducción de los estados de ánimo negativos son importantísimos en el mantenimiento de la adicción. Si además la mujer pertenece a un nivel socioeconómico desfavorecido, el mantenimiento en el consumo de tabaco está casi garantizado, ya que el tabaco se convierte para ellas en un bien de primera necesidad que les ayuda a superar la rutina y a afrontar el sobreesfuerzo que en muchas ocasiones tiene que realizar con el trabajo externo y familiar³².

Barreras que obstaculizan la labor de prevención

Lejos de lo que aparentemente pueda parecer, las acciones preventivas presentan gran cantidad de trabas que dificultan la consecución de sus objetivos. En el caso del tabaco podemos mencionar a modo de ejemplo:

- La gran cantidad de creencias erróneas que existen respecto al tabaco y la enfermedad tabáquica, y que habitualmente nacen de la observación, de la propia experiencia personal e incluso de fuentes consideradas como fiables. Un claro ejemplo es el considerar al tabaco como «no adictivo», o al menos «no tanto como nos quieren hacer creer». Estas creencias arraigadas en gran parte de los fumadores se corroboran con manifestaciones del tipo «yo puedo abandonar el tabaco cuando quiera»³³.
- La creencia de la población en general y de los y las jóvenes en particular, de que «se exagera» cuando se informa de las consecuencias del tabaco sobre el organismo: «...si fuera tan malo estaría prohibido, no se vendería», al no producirse manifestaciones tangibles en las primeras etapas de su consumo.
- Las recomendaciones que debemos dar en materia de prevención, condenan la realización de una práctica «placentera» a corto plazo como es el «saborear» un cigarrillo.
- La dificultad que supone para el individuo el tomar una determinación con respecto al cese de esta «práctica placentera», contrapesando una satisfacción real e inmediata, con la «solo probable» aparición de enfermedades a largo plazo.

- La «ilusión o mito de invulnerabilidad», es decir, la percepción que tenemos de que las enfermedades (en este caso relacionadas con el consumo de tabaco), les «tocan» a otros y no a nosotros mismos, excluyéndonos inconscientemente del grupo de riesgo de las mismas (ser fumador).
- La incongruencia observada por la población entre las advertencias realizadas por parte de las autoridades sanitarias y la venta del producto, o la aún publicidad indirecta que se hace del tabaco, o el incumplimiento de la legislación vigente (sobre todo en el sector de la restauración y el ocio) y la ausencia de penalización.
- Por último, merece especial atención el papel «no modélico» de un sector de profesionales de la salud, y la tendencia aun existente a seguir dando prioridad al «modelo de enfermedad», con respecto al «modelo de competencia». Esto supone un insuficiente avance en el aumento del grado de salud de la población, e impide acciones preventivas individuales tanto del inicio del hábito como de su abandono, a la vez que fomenta y fortalece las creencias erróneas.

Prevención del tabaquismo

La prevención del tabaquismo como podemos deducir es una tarea ardua y compleja tanto por el número de puntos que debemos tener en cuenta como por el consiguiente número de estrategias a utilizar para conseguirlo. No olvidemos que aunque fumar sea una conducta individual, en su adquisición y posterior mantenimiento influyen numerosas circunstancias de diversa índole y difícil abordaje sin la colaboración de toda la sociedad.

En nuestro entorno la epidemia tabáquica está evolucionando según el patrón establecido en aquellos países pioneros en el consumo de tabaco, de manera que en la actualidad está disminuyendo la prevalencia de consumo en los varones –con un aumento creciente de ex fumadores–, mientras que está aumentando en las mujeres (ver capítulo de epidemiología). En estas circunstancias dos son los grandes objetivos pretendidos desde la protección y promoción de la salud y la prevención de enfermedades: disminuir la prevalencia de consumo y proteger la salud de la población.

Para conseguir estos objetivos las acciones deben dirigirse a la infancia y adolescencia (para evitar el inicio en el consumo), a las personas no fumadoras (para proteger su salud del aire contaminado por humo de tabaco), y a las personas fumadoras (facilitándoles el abandono).

Población infanto-juvenil

En este grupo poblacional las estrategias preventivas deben ir dirigidas a reforzar al individuo para neutralizar la influencia de los factores y circunstancias que como hemos visto favorecen el proceso de la adquisición del hábito por parte de los más jóvenes, como son:

- Facilitar el crecimiento de los niños, niñas y adolescentes en ambientes libres de humo como el hogar y la escuela, ya que además de prevenir los riesgos que lleva consigo respirar aire contaminado por humo de tabaco, evitaremos la observación de modelos fumadores tan importantes en el proceso de socialización primaria.
- Dotar a los y las adolescentes de habilidades sociales que les permitan relacionarse con su entorno humano satisfactoriamente sin tener para ello que verse abocados a consumir tabaco como ocurre frecuentemente por parte del grupo de iguales.
- Prohibir todo tipo de publicidad y promoción de las labores tabáquicas.
- Disminuir la accesibilidad al producto haciendo cumplir al menos las medidas contempladas en la Ley 28/2005 respecto a la venta y suministro de los productos tabáquicos, e incrementando seriamente el precio de venta de los mismos.
- Ofrecer a los y las jóvenes alternativas al ocio y tiempo libre atractivas a su edad, y en las que se respete la condición «libres de tabaco».

No fumadores

Las estrategias dirigidas a esta población deben encaminarse a protegerla de la exposición al humo ambiental del tabaco, ya que es indudable que no estamos frente a un problema de tolerancia entre personas fumadoras y no fumadoras, sino ante un problema de salud pública de primera magnitud. Entre las acciones a desarrollar destacan:

- Informar a la población del riesgo que supone convivir en espacios contaminados por humo de tabaco.
- Formar a padres, docentes, empresarios/as..., en la importancia que tiene el tabaquismo pasivo.
- Favorecer la normalización de «no fumar», fomentando los hogares y lugares de trabajo y ocio libres de humo de tabaco.
- Promover más cambios legislativos en el sector de la restauración y hostelería sobre la diferenciación de espacios de fumadores y no fumadores.
- Fomentar en los/las profesionales de la salud el consejo breve sobre el tabaquismo pasivo, preguntando a los usuarios de los servicios por su grado de exposición.

- Difundir información a la población propiciando posiciones asertivas frente al tabaco, propiciando el diálogo y no el enfrentamiento entre personas fumadoras y no fumadoras.
- Aumentar el sentido crítico de la población frente a la información que proporciona la industria tabaquera sobre los productos del tabaco.
- Hacer que se cumpla la legislación vigente y ampliar su rango de aplicación.

Fumadores

En el caso de las personas fumadoras, es necesario habilitar medidas que faciliten el abandono del consumo. El tabaquismo debe considerarse como una enfermedad que requiere un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado y personalizado en cada fumador. Además, sabemos que conseguir que una persona fumadora tome la decisión de abandonar su hábito forma parte de un proceso que pasa por diferentes etapas hasta llegar a la de abandono, momento en el que es necesario ponerse en manos de profesionales de la salud formados en el tema, que actúen en cada momento de la manera más correcta y que por sus conocimientos utilicen óptimamente las técnicas y fármacos que han demostrado su eficacia científicamente a la hora de dejar de fumar. No olvidemos que las principales víctimas del tabaco son las personas fumadoras y que a la inmensa mayoría no les importaría abandonar el consumo si contaran con el apoyo adecuado.

Entre las medidas a tener en cuenta destacan:

- Reforzar el papel modélico de los y las profesionales de la salud.
- Favorecer el desarrollo de programas de deshabituación tabáquica dirigidos a colectivos modélicos como educadores y sanitarios.
- Fomentar programas comunitarios de deshabituación tabáquica como el Quit and Win.
- Promover programas de deshabituación tabáquica en el ámbito laboral.
- Impulsar el reconocimiento del tabaquismo como enfermedad crónica y garantizar su tratamiento desde la sanidad pública.
- Contemplar dentro de las historias clínicas la historia tabáquica de los y las pacientes; y aconsejar el abandono a todas las personas fumadoras.
- Establecer políticas de espacios sin humo en los lugares de trabajo.

Bibliografía

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canada, Health and Welfare, 1974.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Declaración de Alma Ata: la estrategia de atención primaria en salud. Ginebra: OMS; 1978.
3. Texto de la Declaración de Alma Ata: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. Ginebra: OMS; 1986.
5. Costa, M, López, E. Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
6. Comas, D. Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90. Madrid: Instituto de la Juventud, 1994.
7. Anthony JC, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependencia on tobacco, alcohol, controlled sustances, and inhalents; basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psycofarmacol* 1994; 2-244-268.
8. Big-Time Addiction. Addictive aspects of tobacco. The facts. 1999. <http://www.tobacco-facts.org/addiction.html>.
9. Royal College of Physicians. «Health or Smoking?». London: Pitman, 1983.
10. García V, Ramos M, Hernán M, Gea T. Consumo de tabaco y hábitos de salud en los adolescentes de Institutos de Enseñanza Secundaria pública en Granada. *Prev Tab* 2001; 3(4): 215-223.
11. Hernández MA, Barrueco M, Jiménez-Ruiz CA, Torrecilla M, González M, Plaza MD. Grado de cumplimiento de la legislación e impartición de enseñanzas antitabaco en los centros escolares españoles. *Rev Esp Salud Pública* 2000 Sep-Dec; 74(5-6): 537-47.
12. Estudio sobre el consumo de tabaco en jóvenes de la Comunidad de Madrid. Escuela Nacional de Sanidad y Consejería de Integración Social. 1995.
13. Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, D.C. World Bank, 1999.
14. Díez E, Villabí JR, Nebot M, Aubà J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 334-9.
15. Jané M, Pardell H, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prev Tab* 2001; 3: 147-54.
16. Green G, Macintyre S, West P, Ecob R. Like parent like child? Associations between drinking and smoking behaviour of parents and their children. *British Journal of Addiction* 1991; 86: 745-58.
17. Hirschman RS, Leventhal H, Glynn K. The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cross-sectional survey data. *Journal of Applied Social Psychology* 1984; 14: 184-206.
18. Silvis GL, Perry CL. Understanding and deterring tobacco use among adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1987; 34: 363-79.
19. Simons B, Crump AD, Haynie DL, Saylor KE et al. Psychological, school and parent factors associated with recent smoking among early adolescent boys and girls. *Prev Med* 1999; 28: 138-48.

20. Michell L, Amos A. Girls, pecking order and smoking. *Soc Sci Med* 1997; 1861-9.
21. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Observatorio Español sobre drogas. Plan Nacional sobre Drogas, 2004. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
22. Winstanley M, Woodward S, Walker N. Tobacco in Australia. Carlton South; 1995.
23. Amos A, Bostock C, Bostock Y. Women's magazines and tobacco in Europe. *Lancet* 1998; 786-787.
24. Joosens L. La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Bruselas: European Network for Smoking Prevention; 1999.
25. Higgins V. Young teenagers and smoking in 1998: A report of the key findings from the Teenage Smoking Attitudes survey carried out in England in 1998. London: Office of National Statistics, 2000.
26. Karagloul A, Naett C. Is she still a smoker? BASP. Bruxelles, 1991.
27. Eurobarometro 58.2. Smoking and the environment: actions and attitudes. Commission Européenne. Bruxelles, 2003.
28. Stockwell TF, Glantz SA. Tobacco use is increasing in popular films. *Tobacco Control* 1997; 6: 282-284.
29. Biener L, Siegel M. Tobacco marketing and adolescent smoking: more support for a causal inference. *Am J Public Health* 2000; 90: 407-11.
30. Banco Mundial. Tobacco control at a glance. Washington DC, 2003, www.worldbank.org/tobacco.
31. Grossman M, Chaloupka FJ. Cigarette taxes. *P Health Rep* 1997; 112: 291-297.
32. Graham H, Hunt K. Socio-economic influences on women's smoking status in adulthood: insights from the West of Scotland. Twenty-07 study. *Health Bulletin* 1998; 56:757-65.
33. Estudio valorativo de EpS en la Comunidad Escolar. Informe ADEPS. Asociación de Educación para la Salud, 2004-2005. <http://www.adeps.org>.

capítulo 12

Documentación específica de género y tabaco

Miriam Otero Requeijo [1]

Psicóloga. Máster en tabaquismo por la Universidad de Cantabria. Técnico del Servizo de Estilos de Vida Saudables e Educación para a Saúde da Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia. Co-directora del Máster de Tabaquismo de la Universidad de Cantabria (PIUFET). Actualmente realiza su tesis doctoral sobre «Indicios de patología psiquiátrica en adolescentes fumadoras».

1 Psicóloga. Máster en tabaquismo. Asesora técnica del «Programa Galego de Promoción da Vida Sen Tabaco». Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Co-directora del Máster en Tabaquismo UC- PIUFET.



Miriam Rodríguez Castro [2]

Psicóloga, Licenciada en Santiago de Compostela en el 2002. Master en Tabaquismo de la Universidad de Cantabria. Secretaria de ECAFRAN (Encuentros Científicos y Acciones Formativas Relacionadas con la Adicción a la Nicotina). Coordinadora del Master en Tabaquismo de la Universidad de Cantabria.

M^º Eugenia López Delgado [3]

Licenciada en Medicina y Cirugía y Doctora en Medicina por la Universidad de Cantabria. Master Universitario en Tabaquismo. Curso 2005-2006. Médica de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud. Nov 1.985- Nov 2003. Jefa de Servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria desde diciembre 2003.

Marta Álvarez Serrano [4]

Licenciada en Psicología por la Universidad de Salamanca (1998-2003). Cursando Master en tabaquismo de la Universidad de Cantabria (2006-2007). Su experiencia profesional se centra en la evaluación y tratamiento de niños con diversas patologías (Centro de Psicología Mensalud y Gabinete de Psicopedagogía Eifos de Plasencia) y en la evaluación y tratamiento de pacientes oncológicos con diversa problemática psicosocial (Asociación Oncológica Extremeña [AOEX]. Plasencia).

- 2** Psicóloga. Máster en tabaquismo. Coordinadora del Máster en tabaquismo UC-PIUFFET.
- 3** Doctora en Medicina. Médica de Atención Primaria. Máster en tabaquismo. Jefa de Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.
- 4** Psicóloga. Máster en tabaquismo. Asociación Oncológica Extremeña. Centro de Psicología Mensalud.

Introducción

La toxicidad y la adictividad derivada del consumo de tabaco es similar en mujeres y varones¹, sin embargo, se aprecian algunas diferencias en la forma de incorporación al consumo y en los mecanismos de deshabituación²⁻⁴. Esto puede tener relevancia a la hora de llevar a cabo actuaciones diferenciadas, tanto a nivel preventivo (desarrollo de programas de control y prevención, campañas comunitarias, elaboración de materiales...) como clínico (metodología y contenidos de los programas de deshabituación)^{5, 6}.

La utilización de enfoques de género permite un análisis más preciso de la realidad y aumenta la probabilidad de realizar intervenciones más específicas y eficaces¹. Esto se debe a que posibilitan la eliminación de sesgos ocultos que, con frecuencia, derivan de un enfoque marcadamente masculino como definitorio de la realidad. Estos sesgos pueden estar aún más enraizados cuando el fenómeno a analizar históricamente ha sido más predominante en los varones, como es el caso del consumo de tabaco⁷⁻¹⁰.

Las diferencias genéticas, anatómicas u hormonales existentes entre mujeres y varones pueden desembocar en diversas condiciones de salud y enfermedad: su análisis y consideración es condición previa ineludible para realizar adecuados estudios de género. Aun así, la variable *sexo* aislada es insuficiente para incorporar una perspectiva de género, ya que podrían estar obviándose muchos otros determinantes de los procesos de salud y enfermedad: al vivir sometidos a condiciones sociales y culturales diferentes, varones y mujeres presentan características personales diferentes^{1, 11}.

Las publicaciones y los materiales género-específicos sobre tabaco son cada vez más frecuentes en nuestro país. Conviene cuestionarse el enfoque de lo que se publica bajo esta denominación: ni en tabaco ni en otras áreas de salud el análisis separado por sexos implica por ello la existencia de un enfoque de género. Además, no hay que olvidar que lo que se pretende con la elaboración de materiales género-específicos es obtener mejores resultados a la hora de modificar conductas.

El objetivo de este capítulo es examinar los materiales publicados a nivel nacional, en cualquier tipo de soporte, relacionados con tabaco y enfoque de género y analizar, en la medida de lo posible, el grado de enfoque de género que realmente presentan.

Análisis de los materiales

Objetivos

Resulta difícil separar contenidos y estilos. Todo depende de cuáles sean los objetivos: éstos varían según si sólo se pretende describir o percibir los roles diferenciales o si se pretende –y cuánto– transformar éstos.

Algunos materiales presentan un enfoque meramente *«tecnicista»*. Sin cuestionar directamente los roles sociales atribuidos a cada sexo, describen los factores de riesgo o de protección asociados al género que se observan en el consumo de tabaco, analizan las argumentaciones –más bien, estrategias– utilizadas en las promociones y procuran dotar de recursos, estrategias o herramientas para enfrentarse a ellas, pero sin cuestionar el marco de género existente. Aunque este tipo de enfoque puede ser más útil a corto plazo, perpetúa –acentuándolos incluso– los roles de género existentes.

Algunos otros materiales presentan un enfoque más *«transformador»*: a la par que describen los condicionantes de género, los valoran e intentan transformarlos. En ocasiones se denomina a esta perspectiva como «más ideológica», pero debe tenerse en cuenta que nada se libra de un enfoque ideológico: asumir el marco implica ya una perspectiva concreta. En las sociedades occidentales, el intento de transformación de los marcos de género se realiza no sólo en una única dirección dentro de un mismo plano, sino en planos distintos y en ocasiones en direcciones opuestas: existen ciertos consensos sociales sobre cuestiones que se deben evitar o mejorar, pero también existen discrepancias sobre qué roles sociales –y en qué circunstancias– podrían ser los más deseables y para quién. Conseguir equilibrar ambas posturas, máxime cuando el material es de dimensiones reducidas, requiere mucho trabajo, gran capacidad artística y de síntesis y profundo conocimiento del tema. En líneas generales, cuanto más se individualicen los materiales y más se pretenda personalizar las motivaciones que influyen, mayor riesgo se corre de reproducir estereotipos: los ambientales o los de quienes elaboran el material.

Contenidos

Los factores de riesgo y de protección respecto al consumo pueden variar según los grupos de población, tendiendo a cambiar con el tiempo. Esta misma variación y evolución

ocurre con los roles sociales que se atribuyen a cada sexo. Por ello, carece de sentido determinar detalladamente el contenido de cualquier material sobre tabaco y género: éste dependerá fundamentalmente de a qué población se dirija y en qué circunstancias se encuentre ésta.

Resistencia a presiones sociales

Las presiones sociales no son en sí negativas; de hecho, son la principal fuente de socialización, objetivo ineludible de la existencia como persona. Sin embargo, en las sociedades de consumo, son frecuentemente utilizadas para aumentar los consumos de determinadas sustancias (tabaco en nuestro caso) como vía aparente de resolución de insatisfacciones, algunas artificialmente creadas.

En general, debe considerarse positivo todo lo que ayude a reconocer las presiones sociales a las que una persona se ve sometida y la dotación de recursos y herramientas para enfrentarse a ellas. Esto es lo que se intenta realizar en casi todo el material analizado en el presente capítulo, así como en los diversos programas de prevención dirigidos a jóvenes y adolescentes. Cuando la promoción del tabaco era más explícita, esto era relativamente más fácil.

Para obtener resultados a medio-largo plazo, es conveniente no utilizar de manera acrítica aquellas presiones sociales que en el momento presente jueguen a nuestro favor (ya no se lleva, sólo las *perdedoras* fuman...).

Muchas de las presiones sociales para la iniciación o el mantenimiento del consumo inciden en las partes más superficiales o transitorias de la personalidad: en general, en aspectos relacionados con la apariencia. Mostrar los intereses asociados a ese tipo de presiones y las falacias que pueden presentar o representar, sin cuestionar su marco de género puede ser eficaz a corto plazo, pero puede limitar desarrollos posteriores en la persona; por ello, cara a una mayor influencia a medio-largo plazo, puede resultar conveniente desmontar o transformar los roles sociales subyacentes.

La cuestión del embarazo

En un material sobre género y tabaco, la cuestión del embarazo no debería ser prioritaria: no es lo más específico de género. A la par, probablemente carezca de sentido que el tema no sea abordado, ya que –como se ha indicado– los géneros se construyen sobre los sexos: parte de los roles sociales atribuidos dependen de los condicionamientos biológicos; además de en la especie humana, esto se observa

en el resto de los primates y en otras especies animales más lejanas en la escala evolutiva.

El embarazo es un momento de especial motivación para que la mujer deje de fumar, ya que a los efectos nocivos sobre la propia persona, se suman los efectos sobre el bebé. Sin embargo, utilizar esto último como principal incentivo para intentar conseguir la cesación, además de incrementar el riesgo de verse como un objeto, proporciona remisiones meramente temporales. Así, hay autoras que consideran que «la alta tasa de vuelta al consumo que se observa tras el parto o la lactancia muy probablemente es fruto de que el consejo sobre el tabaco que habitualmente se realiza no considera a la mujer propiamente como sujeto de su propia vida, sino que se aprovecha de unas circunstancias añadidas –de la que, voluntaria o involuntariamente, es objeto– para conseguir el cambio de conducta»¹².

Estilo

Una idea clave de todo material formativo o informativo es que conviene que el formato se adapte al contenido: fotos, dibujos, textos, gráficos... deben estar al servicio de una finalidad común, de los objetivos que se pretenden alcanzar con el diseño del material.

Conviene también adecuar en la mayor medida posible los materiales a las características de la población diana (sobre todo, edad). Esto hace referencia al lenguaje y a la iconografía utilizadas, así como al tipo de soporte sobre el que se elaboran. Contar con la población destinataria a la hora del diseño de los materiales ayuda a ello.

Uso del imperativo

Al igual que ocurre con los medios de comunicación social, cualquier material sobre este tema presentará una mayor o menor función informativa y una mayor o menor función formativa o educadora. Según cuál se considere que debe predominar, así será el tono, el estilo, del material.

«¡no te derrumbes!»

«abandonar el hábito supone la satisfacción de recuperar la libertad de vivir sin tabaco»

«tú puedes»

«no te dejes engañar»

«nunca es demasiado tarde para dejarlo»

Muchas de estas frases, reflejadas en imperativo o de un modo más bien impositivo, pueden ser formuladas como testimonios personales y no como consejos de una persona experta. Aun así, nada contraindica *a priori* la utilización de estos consejos.

En general, el predominio de un tono informativo –y no impositivo– dota al material de un cierto componente de objetividad que lo muestra como menos orientado. Esto puede presentar el inconveniente de ser menos motivador para facilitar determinados cambios de conducta o a dificultar otros.

Colores e imágenes

La aproximación al público destinatario habitualmente orienta la selección de colores y el tipo de diseño gráfico, por edad y sexo. Esto hace más frecuente el empleo de colores o tonalidades más femeninas o, alternativamente, el uso de colores clásicamente más ligados a las reivindicaciones feministas.

Intentar llegar de manera «positiva» a un público general puede hacer caer en esquemas *aparentistas* (aquellos frecuentemente utilizados en la promoción de productos y que se basan fundamentalmente en la apariencia personal). Esto puede servir para perpetuar determinados estereotipos. Así, se observa cómo –salvo excepciones contadas– en los folletos sobre mujer y tabaco predominan imágenes de mujeres más jóvenes y más atractivas que la media de la población femenina a la que potencialmente va dirigido el material. El uso de dibujos puede ayudar a evitar esto.

Lenguaje

Los humanos no podemos dejar de pensar y actuar de acuerdo con nuestra imagen del mundo. Esta imagen es necesariamente parcial y viene perfilada y limitada por la manera en la que recibimos la información externa. Nuestro pensamiento se forma a través de la interacción con la realidad, interacción que habitualmente se produce junto a las personas que constituyen nuestro medio.

Por ello, captamos la realidad a través de lo que habitualmente es asumido. Quienes nos han precedido y nos han enseñado, nos transmitieron las herramientas para captar la realidad. A la par, no pudieron evitar transmitirnos una concreta manera de captarla, ya que la realidad sólo es captable si se interpreta en categorías concretas: discutibles, pero concretas.

El lenguaje es una herramienta poderosa para aprehender –captar– la realidad. Los términos son utilizados para expresar los conceptos, pero a la vez que los expresan,

delimitan y precisan, también los constriñen dificultando en ocasiones su redefinición o perpetuando las categorías mentales en las que los propios términos cristalizaron.

En muchos idiomas se observa un uso asimétrico de los géneros en el lenguaje: los sustantivos o adjetivos masculinos pueden ser aplicados tanto a varones como a mujeres y los femeninos solo pueden ser aplicados a mujeres. En algunas lenguas esto sólo es particularmente apreciable en singular; en otras, como en castellano, es apreciable tanto en singular como en plural. La precisión que existe en nuestro idioma al denominar de forma individual a alguien perteneciente al género femenino o masculino, se desequilibra cuando hay que denominarlos en común.

El uso asimétrico de los géneros en el lenguaje puede no ser *per se* discriminatorio, pero puede ayudar a que se mantengan categorías mentales previas y dificultar la asunción *natural* de la realidad, salvo empeño específico, que no siempre es fácil de mantener. Así, por ejemplo, al oír hablar de las características del «fumador» no toda la población automáticamente piensa en los fumadores y las fumadoras, las cuales constituyen casi la mitad del grupo.

El cambio del lenguaje, aunque sea aparentemente más complicado, puede servir para ir eliminando los esquemas que mantienen estos términos. Por ello, es muy conveniente que los materiales se ajusten a las reglas del lenguaje no sexista¹³.

El hecho de que casi todos los materiales de «género y tabaco» sean de «mujer y tabaco» sirve para eludir esta cuestión crucial que algunos y algunas interpretan como ideológica: al dirigirse sólo a mujeres, pueden utilizar exclusivamente el femenino (*nosotras, somos las que...*). Quizá por ello ayuden indirectamente a perpetuar determinados esquemas.

Género y tabaco vs. Mujer y tabaco

Cuando se solicitan folletos u otro tipo de material sobre «género y tabaco», el material remitido es exclusivamente de «mujer y tabaco». Se comprueba que existen diversos materiales diseñados para incluir aspectos del consumo de tabaco que inciden de forma diferenciada sobre las mujeres.

Llama la atención que en una conducta (el consumo de tabaco), hoy por hoy, predominantemente masculina, el término «género» tiende a asociarse, no con la mayoría de quienes consumen, sino con «mujer». En nuestra opinión, esto denota lo lejos que aún se está de haber *normalizado* el concepto de género.

Esta falta de normalización es, en cierto sentido, lógica. Probablemente se deba a que en muchas personas sigue persistiendo –inconscientemente– un enfoque por defecto (*by default*) fundamentalmente masculino: cuando no se pretende realizar específicamente un enfoque de género habitualmente tienden a observarse los hechos desde un prisma distorsionado hacia el lado masculino. Esto es más frecuente cuando a lo largo de la historia la conducta ha sido predominantemente masculina. Por ello, frecuente e incorrectamente se tiende a reducir *enfoque de género a enfoque de género femenino*.

Al prescindir de un enfoque de género no sólo se pierden determinadas especificidades características de ser mujer, de vivir como mujer: también se difuminan o minusvaloran las influencias derivadas de los roles sociales atribuidos al sexo masculino.

Tener un público diana femenino no necesariamente implica la existencia de un enfoque de género

Que una revista sea «femenina» no implica la existencia de un enfoque de género: implica objetivos precisos, probable –pero no necesariamente– género-específicos. Lo mismo puede aplicarse a una gran parte del material disponible sobre este tema: el abordaje del tema mujer y tabaco no implica necesariamente que lo más característico suyo sea la presencia de enfoque de género, aunque éste sí que exista parcialmente.

Del mismo modo, es posible hablar de tabaco y embarazo sin que por ello exista estrictamente un enfoque de género. En muchas ocasiones sí que lo hay: cuando se pone el énfasis –tanto en mujeres como en varones– sobre las influencias o las consecuencias más sociales del embarazo.

De manera similar, tanto en varones como en mujeres, los temas relacionados con el consumo de tabaco y la disfunción eréctil, la toma de anticonceptivos orales o el cáncer de cuello uterino, por ejemplo, pueden tratarse con un mayor, menor o inexistente enfoque de género.

¿Hasta qué punto se perpetúan estereotipos?

En general, los materiales sobre mujer y tabaco tienden a reflejar una realidad social: el hecho diferencial de ser mujer. Esto puede ser un arma de doble filo: por una parte, ayuda al propio conocimiento; por otra, tan diferencial es ser varón como ser mujer: somos distintos (o distintas), pero no somos nosotras las distintas.

Al analizar el contenido de este tipo de folletos, además de procesos específicos relacionados con la salud reproductiva (alteraciones en la menstruación, aumento del riesgo de la asociación con anticonceptivos orales, adelanto de la menopausia con el consiguiente mayor riesgo de osteoporosis, dificultades en la concepción y consecuencias sobre el feto o el bebé del consumo de tabaco durante la gestación), frecuentemente aparecen una serie de cuestiones:

- La influencia de la publicidad sobre el inicio del consumo y cómo es –sigue siendo– género-específica: se pretende desenmascarar los valores intencionada y arbitrariamente asociados al consumo, los mitos e ideas creados por quienes trabajan en publicidad; en especial, en lo referido al consumo de las formas denominadas *light*¹⁴.
- Aquellos efectos que, siendo similares en ambos sexos, suelen presentar consecuencias sociales más relevantes en las mujeres que en los varones, como la influencia del consumo de tabaco sobre cuestiones estéticas: mayor sequedad de la piel, predisposición al acné, disminución de la acción de los productos cosméticos, aparición prematura de arrugas, mal aliento, mal olor corporal o manchas en dedos y dientes, potenciales repercusiones del incremento ponderal y temores al respecto...

Mientras que lo referido a la publicidad tiende a dotar de espíritu crítico a las potenciales destinatarias de los mensajes promocionales, todo lo referente a las cuestiones estéticas es un arma de doble filo: proporciona argumentos, pero asumiendo frecuentemente los roles sociales establecidos. Su ambivalencia sería similar a la de los mensajes «*fumar ya no está de moda*»: pueden disminuir la prevalencia, pero asumen como bueno seguir la moda¹⁵.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta el uso del género en el lenguaje a la hora de elaborar cualquier tipo de documento. De esta forma se harán visibles los dos sexos y poco a poco el lenguaje dejará de estar sesgado hacia el lado masculino.

Formato, diseño, estilo, soporte... deben adecuarse a la población a la que se pretende dirigir el material, teniendo en cuenta aspectos como cultura, sexo y edad. Contar con la opinión de la población diana antes de elaborar el material ayuda a reducir errores.

Conviene también que exista un enfoque de género en los contenidos. Las motivaciones, factores de riesgo y de protección, presiones sociales, etc. que caracterizan a cada sexo

deben ser tenidas en cuenta a la hora del abordaje, prevención y tratamiento si se desean realizar intervenciones más específicas y eficaces.

Habría que plasmar –independientemente de su origen– las diferencias existentes entre mujeres y varones, ya que éstas pueden condicionar formas diferentes de enfermar.

No debemos olvidar que el poder persuasivo de los mensajes de consumo (publicidad indirecta, estilos de vida,...) es mayor que los mensajes meramente sanitarios o de Educación para la Salud.

Además, debe tenerse presente que, en lo que respecta a la reducción de la demanda, tanto en mujeres como varones, la prevención (educación, mensajes sanitarios...) nunca será tan efectiva como las medidas de control (aumento de precios, desaparición de la publicidad y restricciones del consumo público de tabaco...). Esto es así porque las medidas de control actúan cambiando las normas sociales: la percepción de cuán aceptable es una conducta, cuán deseable un rol o cuán posible una expectativa, tanto en general como diferenciadamente por sexos.

Bibliografía

1. Samet J, Yoon SY (eds). Women and the tobacco epidemic. Geneva, WHO 2001.
2. Chollat-Traquet CM. Porqué las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo. En *Mujer y tabaco*. Geneva, WHO 1992, pp. 57-73.
3. Crisp A, Sedgwick P, Halek C, Joughin N, Humphrey H. Why may teenage girls persist in smoking? *J Adolesc* 1999; 22: 657-672.
4. Pommerleau CS. Issues for women who wish to stop smoking. En Seidman DF & Covey LS (eds), *Helping the hard-core smoker: a clinician guide*. LEA Publ. London 1999, pp. 73-91.
5. Ernster V, Kaufman N, Nichter M, Samet J, Yoon SY. Women and tobacco: moving from policy to action. *Bull WHO* 2000; 78: 891-901.
6. De la Rosa L, Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Trastornos Adictivos* 2004; 4: 75-84.
7. Castañeda I, Astraín ME, Martínez V, Sarduy C, Alfonso AC. Algunas reflexiones sobre el género. *Rev Cubana Salud Pública* 1999; 25: 29-142.
8. Esteban ML. El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. *Cuad Psiquiatr Comunitaria* 2003; 3: 22-39.
9. González L. Antropología: Los estudios de género. *Lamusa digital*. Disponible en: www.uclm.es/lamusa/index.asp?lengua=es [citado 05 de enero de 2006].
10. Castro R, Bronfman M. Feminist theory and medical sociology: issues for discussion. *Cad Saúde Pública*. 1993; 9: 375-94.
11. Greaves L, Barr V. Filtered policy: women and tobacco in Canada. Winnipeg: Canadian women's health network, 2000.
12. R Kaina C, De la Rosa L. Mujer y tabaco: situación actual y necesidad de un enfoque de género. En: Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM, eds. *Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios*. Ceuta, INGESA-PIT CAC; 2006, p. 235-252.
13. Rodríguez M, Otero M, Olvera J, R Kaina C. Enfoque de género en tabaco. Santander, Manual PIUFET n° 7, 2007.
14. ASH. Big tobacco and women... what the tobacco industry's confidential documents reveal. London: ASH. 1998.
15. US Department of Health and Human Services. Women and smoking. A report of the Surgeon General, Washington DC: U. S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, 2001.

Se han analizado los siguientes materiales:

CCAA: Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid y de Murcia.

Asociaciones: Red Mujer y Tabaco, Sociedad Andaluza de Abordaje del Tabaquismo (SANAT), Red Internacional de Mujeres contra el Tabaco (INWAT) y Asociación Española contra el Cáncer (AECC).

Ayuntamiento: Ayuntamiento de San Fernando de Henares.

A continuación se presenta una pequeña selección de los materiales analizados que están en formato on line:

Murcia



Comunidad Valenciana



Cataluña



Cantabria



Sociedad Andaluza de Abordaje del Tabaquismo (SANAT)



Galicia



Andalucía



Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)



capítulo 13

Efectividad de las intervenciones para ayudar a dejar de fumar en mujeres

María del Carmen Cabezas Peña [1]

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública. Master en metodología de Ciencias de la Salud. Subdirectora General de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud de la Generalidad de Catalunya. Miembro fundadora del Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y del Grupo de Atención Primaria de Abordaje del Tabaquismo (GRAPAT) de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC). Coordinadora del grupo de Educación para la Salud del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de semFYC.

1 Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud de la Generalidad de Catalunya.



Silvia Granollers Mercader [2]

Diplomada en Enfermería. Coordinadora de Procesos de Enfermería del Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat Centre del Instituto Catalán de la Salud. Profesora asociada de la Universidad de Barcelona.

Miembro fundadora del Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y del Grupo de Atención Primaria de Abordaje del Tabaquismo (GRAPAT) de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC). Miembro de la Comisión técnica del Programa Atenció Primària sense Fum.

2 Diplomada en Enfermería.

Coordinadora de Procesos de Enfermería del Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat Centre del Instituto Catalán de la Salud.

Introducción

Hay muchos factores que pueden influir en que las personas fumen o dejen de fumar: la edad, el estado de salud de la persona, la convivencia con una pareja fumadora, la clase social, el nivel educativo, la historia de consumo de tabaco (edad de inicio, duración en años del consumo, ...), el nivel de motivación, la confianza o la disponibilidad/preparación para dejar de fumar, el grado de dependencia a la nicotina, las presiones/cargas o demandas personales, familiares y laborales, las normas culturales, las redes sociales de apoyo, etc^{1,2,3,4}. La evidencia disponible muestra que, en relación a estas variables, la importancia del sexo es pequeña⁵, aunque hay diferencias reales en algunos grupos de edad². Este autor, Jarvis, encuentra que las mujeres jóvenes del Reino Unido (hasta los 40 años) dejan de fumar más que los hombres, mientras que en edades medias (50-64 años) dejan más estos últimos y por encima de los 65 años ambos sexos dejan por igual. Para Jarvis el principal factor explicativo es la historia de consumo de tabaco: a igualdad de ésta, las mujeres tienen mayor probabilidad de dejarlo. Así, en las cohortes más jóvenes los hombres y las mujeres han comenzado a fumar en edades similares y la intensidad de consumo es semejante, pero en las cohortes de edad más avanzada hay un consumo más precoz y más intenso en los hombres.

Los datos de la cohorte española del estudio EPIC muestran que las tasas de cesación son mayores en hombres (57,4 por 1.000 personas-año) que en mujeres (43,2 por 1.000 personas-año) y que la tasa de recaídas en personas exfumadoras es mayor en mujeres (37,6 vs 48,8 por 1.000 personas año). Este estudio incluye personas sanas entre 35-64 años de 5 regiones de España⁶. No parecen existir diferencias fisiológicas ni psicológicas entre hombres y mujeres a la hora de dejar de fumar, pero sí parece que son diferentes las situaciones sociales de hombres y mujeres en diferentes países y sociedades, y así las tasas de abandono crudas pueden diferir según sexo (y ser mayores en hombres), pero cuando se ajusta por variables como algunas de las citadas anteriormente, con una clara relación con

la cesación, estas diferencias desaparecen o se minimizan. Por ejemplo, en muchas ocasiones la proporción de parejas no fumadoras es menor entre las mujeres, el entorno familiar es menos favorable en las mujeres o las mujeres que fuman son de menor edad, llevan menos años fumando y/o tienen menos enfermedades relacionadas con el tabaco⁷.

Algunos estudios han mostrado que no existen diferencias en el porcentaje de éxitos al año cuando se ajusta por diferentes factores psicosociales, pero que sí que hay en el porcentaje de abstinencias mantenidas durante tres años, indicando una probabilidad mayor de recaídas a largo plazo en mujeres⁵.

Las intervenciones recomendadas actualmente por las guías de práctica clínica basadas en la evidencia^{8,9} se han mostrado eficaces tanto en hombres como en mujeres, y, por los motivos explicados anteriormente, tiene más sentido seleccionar el tipo de intervención según las características citadas anteriormente que según el sexo.

Sin embargo, las mujeres pueden enfrentarse a factores estresantes diferentes a la hora de dejar de fumar. Así las mujeres suelen preocuparse más por el aumento del peso, y pueden tener una mayor probabilidad de padecer una depresión. También existe una mayor frecuencia de factores de estrés social –tanto por privación como por frustración a nivel laboral–, y juega un papel la influencia de los ciclos hormonales, etc.^{10, 8}. También parece que la percepción de los riesgos y los beneficios de dejar de fumar tiene una relación diferente con la motivación y con los éxitos en el tratamiento en hombres y mujeres¹¹.

Para Amos y Haglund es necesario identificar los determinantes del consumo de tabaco en mujeres y proponer programas y estrategias de intervención específicas¹². Algunos programas de intervención como el WINS, o el Helping Women Quit Smoking se han dirigido especialmente a mujeres con resultados prometedores^{13, 14, 15}.

Otro de los estudios específicos es el de Marcus y col. que valora la eficacia del ejercicio intensivo para ayudar a las mujeres a dejar de fumar. Estos autores encuentran que cuando se realiza esta intervención conjuntamente con un programa conductual mejora el porcentaje de mujeres que dejan de fumar tanto a corto como a largo plazo, también mejora la capacidad de ejercicio y se retarda el incremento de peso. La principal dificultad que encuentran es la escasa capacidad de generalizar este tipo de intervención: de las 1.647 mujeres que los investigadores valoraron para entrar en el estudio, solamente 281 (17,1%) llegaron a la fase de aleatorización, el resto o no eran elegibles o no quisieron participar¹⁶.

Todo esto sugeriría que las mujeres se beneficiarían más de programas que aborden estos factores, pero la evidencia es escasa ya que hay pocos estudios que se dirijan solamente a mujeres y aborden directamente estos factores. También son escasos los estudios que incluyen específicamente una perspectiva de género ya desde el diseño de la intervención. En España el grupo de Nerín, de la Universidad de Zaragoza, ha probado intervenciones grupales con perspectiva de género que no han mostrado diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres¹⁷.

Hay numerosa evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para ayudar a dejar de fumar basada en estudios en diferentes niveles asistenciales que incluyen a hombres y mujeres, pero que no han sido planteados con una perspectiva específica de género. Estos estudios varían en diseño, características de las personas incluidas e intensidad de la intervención estudiada, pero no han mostrado de forma consistente diferencias específicas entre mujeres y hombres en cuanto al porcentaje de éxitos obtenido¹⁸. Así pues, las recomendaciones del US Public Health Service Report 2000 «Treating Tobacco dependence»⁸ de la guía del Reino Unido⁹ afirman explícitamente que los mismos tratamientos para dejar de fumar pueden ser utilizados tanto en hombres como en mujeres, excepto embarazadas.

En ambos sexos, hay evidencia fuerte de que el consejo y las intervenciones breves tienen un efecto modesto pero con un gran impacto poblacional¹⁹. El uso de fármacos como los sustitutos de la nicotina o el Bupropion o la nortriptilina prácticamente dobla el porcentaje de éxitos en personas con una dependencia física al menos moderada^{20, 21}. Los últimos fármacos comercializados (agonistas parciales de la nicotina, como la vareniclina) muestran resultados muy prometedores, pero se necesitan estudios independientes antes de poder ser considerados fármacos de primera elección²².

Aunque los porcentajes de éxito de las mujeres en la gran mayoría de estudios publicados son similares a los de los hombres, pueden responder de forma diferente a algunos fármacos como los sustitutos de nicotina^{23, 24}. No parece haber diferencias en las respuestas al *bupropión*²⁵.

Las terapias grupales son utilizadas con frecuencia para ayudar a dejar de fumar. Se han descrito más de 100 tipos de terapias grupales²⁶. Sus objetivos pueden resumirse como: analizar los motivos para la conducta de las personas fumadoras del grupo, brindar una oportunidad para el aprendizaje social, pueden dirigir terapeutas profesionales; psicólogos/as clínicos, educadores/as de salud, enfermeras, médicos/as y, en algunas ocasiones,

usuarios/as exitosos del programa. Suelen incluir intervenciones conductuales, con métodos para afrontar las dificultades al dejar de fumar, entrenamiento de habilidades y aptitudes sociales, tratamiento de contingencias, autocontrol e intervenciones cognitivas y conductuales. Puede haber un beneficio terapéutico específico del formato del grupo al proporcionar a las personas que fuman un marco para compartir los problemas y las experiencias con otras personas que intentan dejar el consumo²⁷.

Mucha de la investigación sobre intervenciones para dejar de fumar en mujeres se ha centrado en el embarazo²⁸. Durante el embarazo muchas mujeres dejan de fumar, tanto de forma espontánea como con ayuda, por lo que puede ser un momento idóneo para focalizar intervenciones para dejar de fumar²⁹. Tal como ya se ha comentado en el capítulo de Salud Reproductiva*, este enfoque debe estar integrado en estrategias más globales ya que muchas mujeres que han dejado de fumar recaen en los meses después del parto y los embarazos ocupan un tiempo muy limitado en la vida de las mujeres de los países occidentales. Centrar las intervenciones específicas de género en mujeres embarazadas puede ser un enfoque simplista, que asume que en las otras etapas de vida de las mujeres los determinantes del consumo y cesación son similares a los de los varones.

Intervenciones para dejar de fumar durante el embarazo*

Hasta una cuarta parte de las mujeres que fuman antes de quedar embarazadas dejan de fumar antes de su primera visita prenatal. Usualmente estas mujeres fuman menos, viven en un entorno menos fumador, cuentan con más apoyo para dejar de fumar o tienen unas creencias más fuertes sobre los peligros del tabaco²⁸. También se ha relacionado dejar de fumar al inicio del embarazo con niveles de estrés y síntomas depresivos menores que en las mujeres que continúan fumando, a pesar de que una parte de esta relación desaparece cuando se ajusta por el grado de dependencia a la nicotina y las características demográficas³⁰.

La revisión Cochrane sobre intervenciones para promover la cesación durante el embarazo ha identificado 64 estudios experimentales realizados entre 1975 y 2003 sobre más de 28.000 mujeres, tanto sobre intervenciones individuales como grupales. De estos estu-

* Para obtener información complementaria sobre el tema ver el capítulo de Tabaco y Salud Reproductiva.

dios, 48 mostraron una reducción significativa del consumo de tabaco en los grupos de intervención (Odds ratio 0,94, Intervalo de confianza del 95% 0,93 a 0,95). El porcentaje de mujeres que se mantuvieron sin fumar al final del embarazo fue del 15,1% en el grupo intervención y de un 7% en el grupo control. Las odds ratio se mantienen estables cuando el análisis se limita a los estudios de mayor calidad metodológica, a los que validaron la cesación, y a los que estudiaron una intervención de alta intensidad. Los siete ensayos que utilizaron la teoría de las «etapas del cambio» no fueron eficaces (RR combinado 0,98; IC del 95%: 0,94 a 1,01), así como tampoco lo fueron los tres ensayos que utilizaron retroalimentación (RR combinado 0,92; IC del 95%: 0,77 a 1,11). Los tres ensayos con tratamiento substitutivo de la nicotina fueron de significación estadística marginal (RR combinado 0,94; IC del 95%: 0,89 a 1,00). En global la intensidad tanto de las intervenciones como del cuidado habitual fue aumentando a lo largo del tiempo. En los grupos de intervención se redujo la incidencia de bajo peso al nacer (RR 0,81; IC del 95%: 0,70 a 0,94) y el nacimiento de prematuros (RR 0,84; IC del 95%: 0,72 a 0,98); y hubo un aumento de 33 g (IC del 95%: 11 g a 55 g) en la media del peso al nacer. Sólo los dos ensayos que incluyeron un apoyo social y un componente de recompensa mostró un efecto significativamente mayor (RR combinado 0,77; IC del 95%: 0,72 a 0,82). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de muy bajo peso al nacer, mortalidad perinatal o neonatal, pero estos análisis tuvieron un poder estadístico muy limitado. Cinco ensayos sobre la prevención de recaídas con más de 800 mujeres no mostraron una reducción estadísticamente significativa de las recaídas²⁸.

Las intervenciones que se han utilizado más habitualmente son: información sobre los riesgos de fumar para el feto y el niño o niña y sobre los beneficios de dejarlo; información sobre el feto; y estrategias cognitivo-conductuales para dejar de fumar. Hay mucha variabilidad en la intensidad de la intervención y de los refuerzos y seguimiento a lo largo del embarazo. Las intervenciones que incluyen sesiones de grupo adicionales se aceptan muy poco y por este motivo no se recomiendan actualmente.

Parece haber evidencia de que la autodeclaración del consumo de tabaco no es fiable en mujeres embarazadas. A pesar de que los datos son muy variables, en algunos estudios entre una cuarta y una tercera parte de las mujeres que se declaran no fumadoras, en realidad fuman. En un estudio la tasa de decepción baja cuando se cambia el formato de la pregunta y se amplían las opciones de respuestas desde el «sí» o «no» hasta incluir opciones como «solía fumar» o «he disminuido», etc.³¹.

Hay evidencia de que la nicotina es teratogénica en animales, y por este motivo ha sido catalogada por instituciones como la Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América como de nivel de riesgo D, es decir con un riesgo sustancial para el feto. Aún teniendo en cuenta esto, se acepta que fumar es más peligroso que la utilización de terapias sustitutivas de la nicotina durante el embarazo, ya que se previene la exposición del feto a otras sustancias tóxicas como el monóxido de carbono, etc.

Hay muy pocos estudios que hayan valorado los efectos adversos de estos fármacos sobre el feto y sobre la mujer embarazada. Ogburn y sus colaboradores midieron los niveles de nicotina y cotinina en orina y suero de 21 embarazadas antes de dejar de fumar, cuando dejaron de fumar y utilizando parche de nicotina durante 4 días en una unidad de hospitalización especial, y al mismo tiempo midieron diversos indicadores del estado de salud del feto. Estos autores no encontraron evidencia de compromiso fetal mientras se administraba el parche de nicotina: los niveles séricos de nicotina en la fase de estado (4º día) fueron similares a los niveles obtenidos mientras fumaban o a los de los controles históricos (mujeres no embarazadas de edades similares)³².

Características básicas de las intervenciones efectivas para ayudar a dejar de fumar

Según la Biblioteca Cochrane, las intervenciones que se han mostrado efectivas para ayudar a las personas a dejar de fumar son el consejo e intervención breve de los médicos, las intervenciones estructuradas de los profesionales de enfermería, el asesoramiento individual y grupal, los materiales de auto-ayuda (mejor personalizados que genéricos), y la utilización de todas las presentaciones de los substitutos de nicotina, *Bupropion*, *nortriptilina* y más recientemente la *vareniclina*. Hay evidencia más limitada sobre la efectividad del antihipertensivo *clonidina*, pero en este caso su utilidad se ve limitada por sus efectos adversos. Los inhibidores de la recaptación de la serotonina, ansiolíticos y la lobelina son inefectivos; mientras que la efectividad de la terapia aversiva, la mecamilamina, la acupuntura, la hipnoterapia, y el ejercicio es incierta^{33, 34}.

Las recomendaciones actuales para ayudar a dejar de fumar tanto a mujeres como a hombres se basan en intervenciones breves, sistemáticas y personalizadas para todas las

personas que fuman, una concentración de esfuerzos en las personas más motivadas para dejarlo y la utilización de fármacos en muchas ocasiones^{8, 9, 35,3 6}.

En la actualidad, fumar se entiende tanto como una adicción como un proceso crónico, que necesita un período largo de tiempo para ser controlado, en el que se suceden períodos de abstinencia y recaída antes de la cesación definitiva y en el que muchas veces se necesitan intervenciones repetidas⁸. Muy ligada a estos conceptos está la teoría de estadios del cambio de Prochaska y DiClemente³⁷. Para estos autores, cuando una persona deja de fumar necesita pasar por una serie de estadios sucesivos primero de cambio de actitud (precontemplación, contemplación) y después de cambio de conducta (acción, mantenimiento, recaídas) en un proceso cíclico que requiere en muchas ocasiones repetirse varias veces antes de conseguir el éxito definitivo. Este modelo ha sido preponderante en la intervención sobre tabaquismo en las últimas décadas, aunque recientemente se han publicado algunas revisiones y artículos críticos como los de Riensma, Bridle y West^{38, 39, 40}. La base de la intervención es adaptarse al momento del proceso de cambio en que está la persona y realizar en los primeros estadios intervenciones de escucha activa, intercambio de información y motivación y en los estadios posteriores de ayuda práctica y apoyo mantenido⁴¹.

Estas intervenciones breves muchas veces se realizan desde la atención primaria, ya que desde este nivel asistencial se puede llegar a la mayoría de las personas que fuman, y más específicamente a las personas que aún no han desarrollado patología ligada al tabaco y/o no se han planteado dejar de fumar. En efecto, más del 72% de la población acude por cualquier motivo a su centro de atención primaria al menos una vez al año y el promedio de visitas anuales es aproximadamente de 6 visitas por persona, proporcionando una oportunidad clave de seguimiento en el proceso de dejar de fumar. Además de la atención primaria pueden y deben intervenir otros niveles de la atención sanitaria y comunitaria, como las farmacias. La metodología básica de estas intervenciones breves se basa en protocolos desarrollados en los Estados Unidos a finales de la década de los ochenta⁴² y adaptados y propuestos posteriormente por las guías de práctica clínica citadas^{8, 9, 36}.

La intervención recomendada por la mayoría de las guías de práctica clínica actuales se basa en un protocolo que se suele resumir en inglés como las 5 «A»: *Ask, Advise, Assess,*

Assist, Arrange, y que deriva del formulado a finales de la década de los ochenta por el Instituto Nacional del Cáncer americano⁴². Los pasos básicos se recogen en la tabla siguiente:

PASOS BÁSICOS PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR:

Intervención recomendada por el US Public Health Service Report (8)

1. PREGUNTAR: Identificar sistemáticamente a todos los fumadores en cada visita.

- Incluir la valoración del consumo de tabaco como una más de las constantes vitales.
- Usar etiquetas recordatorias en HCAP de papel, y sistemas de alarma o recuerdo en los sistemas informatizados.

2. ACONSEJAR a todos los pacientes que dejen de fumar. El consejo debe ser:

- a. Claro: «Como su médico/enfermera, le aconsejo que deje de fumar y puedo ayudarle».
- b. Fuerte: «Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud actual y futura. Nosotros podemos ayudarle».
- c. Personalizado: Según la condición clínica, la historia del consumo de tabaco, la motivación/disponibilidad para el cambio, la historia familiar, los intereses personales o los costes sociales y económicos.

3. VALORAR LA DISPONIBILIDAD PARA HACER UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR y actuar según ésta:

- Si la persona es capaz de hacer un intento sola → Ayudar.
- Si la persona quiere ayuda intensiva → Proporcionársela o derivarla.
- Si claramente dice que no es capaz de dejar de fumar en este momento → Entrevista motivacional.
- Si es adolescente, o embarazada, o de una minoría étnica → información adicional.

4. AYUDAR al paciente a dejar de fumar

- a. Fijar una fecha. Ayudar a la persona a fijar una fecha en las 4 semanas siguientes, reconociendo que nunca es el momento ideal.

- b. Buscar el apoyo del entorno social: familia, amigo/as, compañero/as de trabajo.
- c. Prever las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia.
- d. Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual. Antes de dejar de fumar, evitar fumar en los sitios en que se pasa mucho tiempo (casa, trabajo, coche, etc.).
- e. Dar consejos prácticos sobre cómo resolver problemas o entrenamiento de habilidades: proponer abstinencia total, aprovechar experiencias anteriores, evitar/afrentar las situaciones muy asociadas al consumo de tabaco, limitar/evitar el consumo de alcohol mientras se está dejando, buscar el apoyo/respeto de las otras personas de su entorno.
- f. Dar apoyo claro desde el centro de salud.
- g. Ayudar a obtener apoyo social fuera del centro de salud: en su entorno social.
- h. Recomendar ayudas farmacológicas (sustitutos de la nicotina y/o bupropion): explicar que aumentan la probabilidad de éxito y reducen los síntomas de abstinencia, especialmente en personas dependientes (las que fuman 15 cigarrillos o más cada día, las que fuman su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse y las que han hecho intentos previos con recaídas en las primeras semanas).
- i. Proporcionar material de auto-ayuda y ofrecerse a discutirlo.

5. FIJAR visitas de seguimiento

- a. Fijar una visita de seguimiento enseguida después de dejar de fumar, idealmente en la primera semana y otra visita durante el primer mes.
- b. En las visitas de seguimiento: felicitar; si ha consumido tabaco, revisar las circunstancias y lograr de nuevo el compromiso de dejarlo totalmente. Recordar que una recaída debe ser usada como una experiencia de aprendizaje, identificar los problemas que se han tenido y anticipar los obstáculos futuros. Valorar el cumplimiento con la farmacoterapia, los efectos adversos y los cambios en las dosis. Considerar si se necesita un seguimiento más intensivo (ver protocolo de visitas de ayuda) o una derivación.

Adaptada de Fiore, 2000⁸.

Si la persona no quiere dejar de fumar (no está preparada) puede ser debido a varios motivos. Por ejemplo, puede tener información incorrecta sobre los efectos del tabaco sobre la salud (por ejemplo: suponer que el tabaco es un factor de riesgo menos importante que otros conocidos, o que se relaciona con mortalidad pero no con enfermedades con disminución de calidad de vida, o de que los efectos del tabaco sobre la salud son irreversibles, etc.), puede tener creencias de invulnerabilidad personal a los efectos, puede tener miedo o preocupación sobre qué pasará al dejarlo (aumento de peso, aumento de nerviosismo o estrés, etc.), puede pensar que no será capaz de conseguirlo (sobre todo si ha recaído en anteriores ocasiones). En estos casos, la persona puede responder a estrategias de entrevista motivacional. Las estrategias de entrevista motivacional tienen más probabilidad de tener éxito cuando el o la profesional sanitario/a es empático/a, promueve la autonomía del paciente (posibilitando las decisiones), evita la confrontación, y apoya el sentido de autoeficacia (identificando éxitos previos en otros cambios de conducta). Es muy importante que sea la propia persona la que identifique sus propias motivaciones. El o la profesional sanitario/a puede ayudar a la persona a reflexionar sobre cuatro posibles áreas de motivación como son:

- Relevancia personal de los beneficios de dejar de fumar.
- Riesgos específicos: personales, tanto agudos como a largo plazo, y también para los miembros de su entorno.
- Recompensas: en el ámbito de la salud, la estética, la recuperación de los sentidos, la autoestima, etc.
- Métodos de afrontar los obstáculos: síndrome de abstinencia, miedo al fracaso, aumento de peso, falta de apoyo, placer de fumar, depresión.

Es muy importante que esta estrategia de motivación se repita periódicamente. Estos puntos clave de la entrevista motivacional para ayudar a las personas a prepararse a dejar de fumar tienen también su acrónimo en inglés: son las «5 Rs»: relevancia, riesgos, recompensas, obstáculos (roadblocks), repetición.

Un último tipo de intervención breve sería la que se haría en personas que han dejado de fumar recientemente para evitar recaídas. También aquí es clave que se aproveche cualquier visita por cualquier motivo. Lo principal es felicitar y reforzar la abstinencia. En todo momento pueden utilizarse preguntas abiertas que permitan que la persona pueda verbalizar los éxitos conseguidos (duración de la abstinencia, disminución de los síntomas de abstinencia, etc.), los beneficios que la persona ha percibido al dejar de fumar,

tanto en el campo de la salud como en otros campos, y las dificultades que ha tenido o prevé que tendrá. En los casos en que se presenten o se prevean dificultades especiales (entorno desfavorable, estado de ánimo negativo o depresión, síndrome de abstinencia prolongado o muy intenso, aumento de peso, motivación inestable, etc.) habría que fijar actividades de seguimiento encaminadas a afrontarlas.

En aquellas personas que piden ayuda específica para dejar de fumar, o que lo han intentado en varias ocasiones sin éxito, se puede ofrecer una intervención intensiva tanto de forma individual como grupal. Esta intervención se desarrolla principalmente en un período de aproximadamente 6 semanas donde se hacen unas 4 ó 5 sesiones /visitas de intervención y después se efectúan actividades de refuerzo y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. La intervención incluye aspectos como el refuerzo de la motivación para dejar de fumar, técnicas para afrontar la necesidad o urgencia de fumar, la valoración y la propuesta de utilización de fármacos con eficacia probada, el refuerzo del apoyo social, las estrategias de prevención de recaídas, etc.⁹. Es importante insistir en la importancia de acudir a las visitas, ya que allí se valora y refuerza el cumplimiento, se valoran los efectos adversos y se pautan los cambios de medicación necesarios. Hay una relación dosis-respuesta fuerte entre la intensidad de la intervención y su efectividad⁸. Este tratamiento intensivo debe llevarse a cabo por profesionales entrenados, independientemente de su disciplina y el nivel asistencial en que trabajan.

Se ha evidenciado que si la intervención de ayuda para dejar de fumar la realizan diferentes tipos de profesionales sus efectos aumentan. Así pues, es clave que tanto médico/as de familia, como profesionales de enfermería, pediatras, profesionales de atención a la mujer, odontólogo/as, neumólogo/as, cardiólogo/as, psicólogo/as y farmacéutico/as, entre otros, refuercen las intervenciones cada uno/a con sus mensajes específicos. También en aquellos momentos en que una persona está hospitalizada es necesario que los mensajes se refuercen y complementen. Una gran parte de la intervención en personas que necesitan ayuda puede ser realizada por profesionales de enfermería, que, además desde hace varios años están adquiriendo un protagonismo creciente y clave tanto a nivel internacional como en nuestro medio en este tema.

Todas estas intervenciones tienen una relación coste-efectividad muy favorable y muy ventajosa comparada con otras actividades preventivas y se encuentran entre las actividades preventivas más prioritarias^{43, 44}.

Bibliografía

1. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Finnish adults. *Tobacco control* 1998; 7: 262-267.
2. Jarvis M. Gender differences in smoking cessation: real or myth? *Tobacco Control* 1994; 3:324-328.
3. McGrady GA, Pederson LL. Do sex and ethnic differences in smoking initiation mask similarities in cessation. *Am J Pub Health*. 2002; 92, 961-965.
4. Jun HJ, Subramanian SV, Gortmaker S, Kawachi I. Socioeconomic disadvantage, Parenting responsibility, and Women's Smoking in the United States. *Am J Pub Health*. 2004; 94: 2170-2176.
5. Bjornson W, Rand C, Connett J, Lindgren P, Nides M, Pope F et al. Gender Differences in Smoking Cessation after 3 years in the Lung Health Study. *Am J Public Health* 1995; 85: 223-230.
6. Agudo A, Pera G, Rodríguez M, Quirós R, Navarro C, Martínez C et al. Changes in Smoking Habits in Adults: Results from a Prospective Study in Spain. *Ann Epidemiol*. 2004;14:235-243.
7. Clarke V, White V, Beckwith J, Borland R, Hill D. Are attitudes towards smoking different for males and females. *Tobacco Control* 1993; 201-8.
8. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
9. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999.
10. Batten L. Respecting sameness and difference: taking account of gender in research on smoking. *Tobacco Control* 1993; 185-186.
11. Mckee Sa, O'Malley SS, Salovey P, Krishnan-Sarin S, Mazure CM. Perceived risks and benefits of smoking cessation: Gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. *Addictive Behaviors*; 2005: 423-435
12. Amos A, Haglund M. From social taboo to «torch of freedom» the marketing of cigarettes to women *Tob Control* 2000;9:3-8
13. Froelicher ES, Christopherson DJ. Women's Initiative for Nonsmoking (WINS) I: Design and methods. *Hearth & Lung*; 2000; 29 (6):429-436
14. Sivarajan Froelicher E, Houston N, Christopherson DJ, Martin K, Parker KM, Amonetti M. High rates of sustained smoking cessation in women hospitalised with cardiovascular disease. The women's initiative for non-smoking (WINS) *Circulation* 2004; 109:587-593.
15. Secker-Walker RH, Flynn BS, Solomom LJ, Skelly JM, Dorwaldt AL, Takamaru A. Helping women quit smoking: results of a community intervention program. *American Journal of Public Health*; 2000; 90(6):940-6
16. Marcus B, Albrecht A, King T, Parisi a, Pinto B, Roberts M et al. The Efficacy of Exercise as an aid for Smoking Cessation in Women. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1229-1234.
17. Sobradiel N, Crucelagui A, Nerín I, Bernal V, Novella P. Tratamiento multicomponente de deshabituación Tabáquica. Congreso Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Zaragoza, 2004.
18. U.S. Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Rockville: MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.

19. Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
20. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
22. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
23. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behaviour. *Nicotine & Tobacco Research* 2003 ; 5: 111-11
24. Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for somoking cessation: differences between men and women. *Journal of consulting and clinical Psycholgy* 2004; 72(4):712-722
25. Gonzales D, Bjornson W, Durcan MJ, White JD, Johnston JA, Buist AS, et al. Effects of gender on relapses prevention in smokers treated with bupropion sr *Am J Prev Med* 2002; 22(4): 234-239
26. Hajek P. Current issues in behavioral and pharmacological approaches to smoking cessation. *Addict Behav* 1996;21:699-707.
27. Stead LF, Lancaster T. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
28. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervenciones para promover el abandono del hábito de fumar durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
29. DiClemente C, Dolan-Mullen P, Windsor RA The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions *Tobacco Control* 2000;iii16 9(Suppl III):iii16–iii21.
30. Ludman EJ, McBride CM, Nelson JC, Curry SJ, Grothaus LC, Lando HA et al. Stress, depressive symptoms, and smoking cessation among pregnant women. *Health Psychol* 2000; 19: 21-7.
31. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, Glenday MC. Improving disclosure of smoking by pregnant women. *AM J Obstet Gynecol* 1991; 165: 409-413.
32. Ogburn PL, Hurt RD, Croghan IT, Schroeder DR, Ramin KD, Offord KP et al. Nicotine patch use in pregnant smokers: Nicotine and cotinine levels amb fetal effects. *AM J Obstet Gynecol* 1999; 181: 736-743.

33. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A for the Cochrane Tobacco addiction Review Group. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321:355-8.
34. Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
35. Coleman T, Lakhani M, Wilson A. Managing smoking cessation. *BMJ* 1999; 318: 138-9.
36. NICE public health intervention guidance – Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Public Health Intervention Guidance n° 1. Issue Date: March 2006. (www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=SmokingCessationPGMain).
37. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; 47: 1102-14.
38. Riemsma RP, Pattenden J, Bridle Ch, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ* 2003; 326: 1175-1177.
39. Bridle C, Riemsma RP, Pattenden J, Sowden AJ, Mather L, Watt IS and Walker A. Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model'. *Psychology & Health*. 2005; 20: 283 – 301
40. West R. Time for a change: putting the transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*. 2005; doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01139.x
41. Raw M. Smoking module. In: *Helping People Change*. Health Education Authority, 1993.
42. Glynn TJ, Manley MW. How to help your patients stop smoking: The National Cancer Institute Manual for physicians. National Cancer Institute, National Institutes of Health. Bethesda, MD, 1989.
43. Parrot S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. A Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53: suppl 5(2): S1-38.
44. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flotemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities Among Effective Clinical Preventive Services. Results of a Systematic Review and Analysis. *Am J Prev Med* 2006;31:52–61.

capítulo 14

La International Network of Women against Tobacco (INWAT) Red Internacional de Mujeres Frente al Tabaco

Dolors Marín Tuyà

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Dirige la Unidad de Tabaquismo de la Corporació Sanitària Clínic, desde 1989, de la que forma parte desde 1982.

Asesora en tabaquismo con perspectiva de género y Quitlines del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Miembra del Consell Assessor del Tabaquisme del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Participó en la fundación de INWAT, miembra del Advisory Board de INWAT-Europa y su representante para España y Latino América. Coordinadora el Grupo Impulsor de INWAT-España.

Promovió la creación del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y siendo vocal su junta directiva; Ha fundado y presidido la Societat Catalana per a la Prevenció del Tabaquisme. Credora del primer servicio de atención telefónica especializado en Tabaquismo y representante de España desde la fundación de European Network of Quitlines. Fue nombrada Change Agent para España de la TFI de la OMS y miembra de la European Health Communication Network de la OMS-Europa para advocacy del CMCT.



Irene Hernández del Rey

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona.
Especialista en Neumología y en Medicina del Trabajo por la Universidad de Barcelona.

Profesora Asociada de la Universitat Internacional de Catalunya y Responsable de la asignatura de Tabaquismo

Miembra y Evaluadora del grupo impulsor de INWAT en España.

Ha sido Jefa Clínica de Neumología, Directora de la Unidad de Tabaquismo y Presidenta del Comité de Tabaquismo del Hospital del Sagrat Cor de Barcelona. Ha sido Asesora en la organización de Unidades Especializadas en Tabaquismo (UET) en diversos Centros Hospitalarios.

Ha formado parte del Comité Ejecutivo del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Y del *Comité de Redacción de la Revista «Prevención del Tabaquismo»*, revista oficial del Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Ha sido Coorganizadora del I Encuentro Nacional de Mujeres en Apoyo al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (Córdoba 2003) y Miembra del Grupo de Trabajo de la *Tobacco Free Initiative* de la OMS para España.

M. Pau Mariné Salvador

Forma parte de la Unidad de Tabaquismo de la Corporació Sanitaria Clínic de Barcelona, miembra de INWAT desde su inicio en España y colaboradora del Grupo Impulsor de INWAT-España.

Sara Sánchez del Mazo

Graduada con honores en Ciencias Humanas por la Universidad de Waterloo de Canadá. Es la coordinadora de la Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaquismo (www.inwat.org) y también la representante de INWAT a nivel Europeo. Ha trabajado en el control del tabaco en varias organizaciones durante ocho años. Las organizaciones incluyen: La Organización Panamericana de la Salud, dos comunidades autónomas de Canadá y el Instituto Nacional de Salud en Suecia. Es una de las editoras de la publicación «Pasando la Pagina, Mujeres, Tabaco y el Futuro».

Situación actual del tabaquismo en las mujeres

Impacto en la salud de las mujeres. El tabaco es una causa creciente de mortalidad de las mujeres en Europa. La mortalidad por cáncer de pulmón crece y en algunos países, como Estados Unidos, ya supera la de cáncer de mama. Las mujeres desarrollan cáncer de pulmón con niveles más bajos de consumo de tabaco comparado con el de los hombres. El tabaco impacta en todos los aspectos de la salud de las mujeres, incluyendo los reproductivos, aumenta el riesgo de cáncer cervical, de problemas ginecológicos y de anticipación de la menopausia y es una causa importante de desigualdad en la salud de las mujeres.

Patrones y tendencias de consumo. El consumo de tabaco está creciendo entre las chicas de 15 años; en muchos países de Europa fuman igual o más que sus compañeros. Entre varones y mujeres se aproximan los porcentajes de consumo.

Influencias al inicio de fumar y en la decisión de dejarlo. Chicos y chicas deciden comenzar a fumar tanto por razones similares como por distintas. Una vez enganchados se encuentran diferencias específicas relacionadas con la percepción del cuerpo, el control del apetito, la regulación del estado de ánimo y la autoestima.

Las mujeres fuman por razones bio-psico-sociales que dificultan su abandono: afrontar el estrés, el aburrimiento, la frustración y la escasez de recursos.

La industria del tabaco se dirige específicamente a las mujeres de todas las edades y condición. Promociona y desarrolla productos pensados para resultar específicamente atractivos para las mujeres, y controla el precio porque determina la capacidad de elección de las mujeres respecto a la conducta de fumar.

La International Network of women against tobacco (INWAT)

INWAT es creada en 1990 por mujeres líderes en control del tabaco, para encauzar la necesidad de reenfocar los estudios y las acciones de promoción de la salud, de acuerdo

a los complejos y profundos componentes que caracterizan el consumo de tabaco femenino. También contribuye a reconducir las acciones para conseguir reducir la epidemia tabáquica femenina y eliminar la exposición al humo de tabaco ajeno. Y está al servicio de las mujeres que trabajan en control del tabaco, para aumentar su capacidad de liderazgo. *INWAT es necesaria*. La epidemiología del tabaquismo presenta un fenómeno que se observa a escala mundial en las últimas décadas y afecta de forma inversa a varones y a mujeres: mientras los varones abandonan el consumo de tabaco, las mujeres lo incorporan. Este fenómeno no sólo ha desconcertado a quienes planifican y desarrollan programas de salud pública, también a quienes atienden a personas que consumen tabaco desde las consultas médicas¹.

Tomando en cuenta los últimos cien años, en numerosos países se observa la siguiente tendencia. Durante la primera mitad del siglo fumar ha sido un comportamiento simbólicamente masculino. Las enfermedades asociadas a su consumo han compuesto un imaginario visual esencialmente masculino.

En la segunda mitad del siglo ocurren fenómenos que siguen una lógica en apariencia contradictoria, mientras los varones abandonan el consumo de tabaco por motivos de salud, las mujeres, a pesar de convivir con las devastadoras consecuencias del tabaco, por otras complejas y profundas motivaciones, se incorporan masivamente al consumo de tabaco. Es prioritario prevenir esta catástrofe epidémica.

Las patologías de carácter biológico asociadas al consumo de tabaco se resuelven o canalizan en las consultas médicas en la medida que el sistema sanitario lo permite. Las contradictorias dinámicas asociadas a la elección de consumir o dejar de consumir tabaco vienen determinadas por distintas variables, unas visibles-perceptibles, y otras invisibles o desapercibidas. Mientras algunas tienen el potencial de ser convenientemente detectadas y canalizadas durante las consultas médicas, aunque requieren un enfoque más amplio para obtener resultados satisfactorios, otras, por su carácter estructural, corresponden al orden de responsabilidad política o colectiva. Por ejemplo, la explotación de las mujeres no sólo en el marketing del tabaco, también en la producción y venta del tabaco. Mantener el precio del tabaco bajo, suele recaer en la explotación de la mano de obra femenina, mal pagada o gratuita. En los países en que los varones fuman más, la publicidad utiliza el reclamo de chicas jóvenes para atraer y mantener a los clientes, que con mayor frecuencia son varones.

INWAT es oportuna. En este contexto, la red INWAT, es una Red estratégica para el trabajo en control del tabaco para las mujeres que desde distintas disciplinas contribuyen en la salud agrupando los esfuerzos de quienes tenemos un compromiso claro con el reto de velar por la salud y el estatus de las mujeres en la sociedad.

El desarrollo de INWAT ha permitido avanzar en la redefinición de la identidad de las mujeres superando la errónea asociación entre la emancipación de una condición femenina oprimida y el consumo de tabaco. INWAT estimula el desarrollo de mujeres solventes que, sin renunciar a su naturaleza, avanzan al compás de las necesidades cambiantes de la sociedad y, además, facilita que las mujeres redibujemos nuestra identidad de forma que sea respetada, valorada íntegramente y no sólo por una función (presencial o sublimada) subordinada a intereses que en nada benefician a las mujeres.

Trayectoria de INWAT

El nacimiento, desarrollo y consolidación de INWAT van unidos a las conferencias internacionales y a todos los acontecimientos relevantes que sobre tabaco han tenido lugar en las últimas dos décadas; su cronología configura la historia de INWAT.

Perth, Australia. Abril 1990. VII World Conference on Tobacco or Health (WCTOH). Las participantes manifestamos nuestra frustración por la falta de intervenciones, de investigación y de intercambios de conocimiento y experiencias con perspectiva género en tabaco. También planteamos la necesidad de reconceptualizar los mensajes sobre tabaco y salud en base a las necesidades de las mujeres de hoy. Fumar para las mujeres ha significado contar con un instrumento psicológico de apoyo que las ha hecho sentirse «libres para decidir» y les ha permitido afrontar la opresión de un entorno asfixiante.

Se concertó una nueva reunión, para discutir la misión y las aspiraciones de la Red, redactando unas resoluciones y preparando el programa para una conferencia internacional sobre mujeres y tabaco.

Se detectan como necesidades prioritarias contrarrestar el marketing y la promoción del tabaco dirigida a las mujeres y desarrollar programas de prevención y de cesación específicos para mujeres.

Buenos Aires, Argentina. Abril 1992. VIII WCTOH. Durante la Asamblea la Junta provisional de INWAT presenta una propuesta de estatutos y se elige la primera Junta Directiva, presidida por Deborah McLellan.

El plan de acción de INWAT incluye 2 objetivos: desarrollar un proyecto de investigación cualitativa sobre mujeres y tabaco para publicar y divulgar en la siguiente WCTOH y celebrar una conferencia internacional.

Respecto a España, ante el fracaso por crear algún tipo de alianza, se solicita al presidente del comité organizador de la IX WCTOH conceda un tiempo y un espacio para a participantes hispanohablantes con el objetivo de explorar la creación de un movimiento para la prevención del tabaco en España.

En octubre del mismo año en Irlanda del Norte se celebra la que sería la 1ª Conferencia Internacional sobre Mujeres y Tabaco, coorganizada por INWAT, la UICC y la Ulster Cancer Foundation. Fue la primera vez que mujeres de todo el mundo se reunieron no sólo para hablar; de hecho ha sido considerada como la mejor y más productiva. Las decisiones tomadas significaron una renovación de conceptos, planteamientos y acciones a desarrollar. Por ejemplo, se constituyó un grupo de investigación para estudiar el impacto del tabaquismo en las mujeres y las jóvenes de distintos países (Brasil, Nueva Zelanda, España, Japón, EEUU, Indonesia, Tanzania, Estonia, Irlanda del Norte). La metodología consiste en analizar entrevistas grabadas a mujeres acerca de la forma en que el tabaco ha afectado sus vidas. El proyecto culmina en 1994 con la publicación de *Herstories*² (París, Francia. Octubre 1994. IX WCTOH). Esta vez, la organización solicita a INWAT la realización de una sesión plenaria sobre mujeres y tabaco. La Asamblea de INWAT aprueba los estatutos de la red y INWAT comienza a recoger los primeros frutos. En el Primer encuentro de hispanoparlantes para explorar la necesidad de estructurar un movimiento de prevención de tabaquismo³, asistieron personas de España y de diferentes países de Hispanoamérica. Los americanos, sorprendidos porque en España no existiera ninguna ONG, nos presentaron la experiencia de su organismo coordinador, CLACTA, activo desde 1985. Los españoles estuvieron de acuerdo en desarrollar un modelo de acción estructurado; como resultado se creó el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) en 1995 y la Societat Catalana para la Prevención del Tabaquismo (SCaPT) en 1996.

Pekín, China. Agosto 1997. X WCTOH. Se celebran la asamblea y las elecciones de INWAT. Margaretha Hanglund toma el relevo de Deborah McLellan.

Se organiza la red regional de INWAT- Europa y se comienza a esbozar un programa para la primera conferencia europea sobre mujeres y tabaco organizada con la European Network for Smoking Prevention (ENSP) en 1998⁴.

Kobe, Japón. 1999. INWAT colabora en el programa de tabaco de la Conferencia Internacional de la OMS sobre la Salud de las Mujeres. Gro Harlem Brundtland, Directora general de la OMS expone un concepto potente e importante: que las mujeres y los niños tienen derecho a la salud como una prerrogativa humana básica⁵.

La OMS crea la oficina de la Tobacco Free Initiative (TFI), con el mandato de hacer realidad un Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco, el CMCT.

INWAT-Europa e INWAT-España se suman a la iniciativa de Gro Harlem Brundtland.

Chicago, USA. Agosto del 2000. XI WCTOH. INWAT colabora estrechamente en la organización e inaugura la entrega del PREMIO AL FOMENTO DE INWAT para promover el liderazgo de las mujeres. Si mejora el liderazgo de las mujeres mejorará espectacularmente el patrimonio de conocimiento, experiencia y compromiso a disposición del control del tabaco y la salud pública. Las mujeres no sólo forman parte de la mitad de la población, representan una clara mayoría en sectores como la salud, la educación y otros que trabajan para reducir las enfermedades del tabaco⁶. La primera edición del premio se otorga por su liderazgo, movilizándolo y formando en España a un colectivo altamente fumador como son las enfermeras, a Cristina Martínez (miembro de INWAT), del Consell d'Infermeria y de la SCaPT y que forma parte del consejo ejecutivo de la European Nurses & Midwives against Tobacco por España.

Johannesburgo, Sud África. Agosto 2002. II Cumbre Mundial de la Tierra. Las mujeres de INWAT colaboran en la única iniciativa sobre tabaco del evento. La mesa redonda se articula en torno a los derechos humanos de las mujeres, el tabaco y el desarrollo sostenible. El debate se centró en el liderazgo de las mujeres para avanzar en estos temas entrelazando agendas y estableciendo nuevas alianzas.

Ginebra, Suiza. 21 de mayo de 2003. La Asamblea Mundial de la Salud aprueba el Convenio Marco de la OMS para control del Tabaco. Las negociaciones internacionales duraron tres años y entre las numerosas perspectivas se integraron las aportaciones de las alianzas internacionales de mujeres, las cuales crearon un cauce específico para asegurar que el texto incluyera la perspectiva de las mujeres.

El CMCT de la OMS y los Derechos de las Mujeres

- El Convenio Marco para el control del tabaco integra el análisis de género en la salud pública.

- Es el primer tratado específico y global de salud pública que beneficia la salud de las mujeres.
- Incluye respuestas ante el alarmante aumento del consumo de diferentes formas de tabaco entre las mujeres y chicas de todo el mundo.
- Establece la necesidad de incorporar a las mujeres en todos los niveles de decisión política y de implementación, y estimula el desarrollo de políticas de control del tabaco con especificidad de género.
- El artículo 4 propone las medidas necesarias para desarrollar estrategias de control del tabaco que consideren los riesgos específicos de género.
- Se vincula con el artículo 10 de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las mujeres (CEDAW). Las mujeres tienen derecho al acceso a formación e información específica que asegure salud y bienestar para ellas y sus familias. Además, tienen el derecho a condiciones de trabajo seguras y que protejan la salud, por ejemplo, en lugares libres de humo de tabaco.

Helsinki, Finlandia. Agosto 2003. XII WCTOH. La Conferencia celebra la adopción del CMCT de la OMS por la Asamblea Mundial de la Salud. INWAT tiene la oportunidad de distribuir noticias a diario, organiza 5 mesas redondas, talleres pre-conferencia y una rueda de prensa. El premio al Fomento de INWAT, es concedido en su segunda edición a Ruth Roemer, abogada y profesora emérita de la Universidad de California, por haber impulsado el CMCT de la OMS y por ser una de las más fervientes constructoras de INWAT desde su inicio. INWAT-España presenta una ponencia acerca de la deshabitación de mujeres de mediana edad en una mesa redonda paralela.

Ottawa, Canadá. Noviembre 2005. La Research for International Tobacco Control y la OMS organizan un seminario con el objetivo de estudiar y diseñar un instrumento que asegure que la implementación de cada uno de los artículos del tratado incluya la perspectiva de género. El documento resultante se titula «Sifting the Evidence» y se encuentra en fase de publicación.

Washington, USA. Julio 2006. XII WCTOH. INWAT organiza 2 workshops, una rueda de prensa, otorga 3 premios al fomento de INWAT, recibe 2 premios Luther Terry, divulga el informe «Turning a New Leaf»⁷ y mantiene un espacio de exposición permanente. Se celebran elecciones y se elige nueva presidenta, Lorraine Greaves.

INWAT acuerda desarrollar las redes regionales y promover el liderazgo de las mujeres asumiendo responsabilidades y representatividad en control del tabaco.

Seminarios de INWAT-Europa: en busca de políticas de género

Aunque las tendencias de tabaquismo femenino difieren de un país a otro de Europa, en lo que sí coinciden la mayoría de países europeos es en la falta de desarrollo de políticas de control de tabaco dirigidas a cubrir las necesidades reales de las mujeres que fuman. Los seminarios de INWAT-Europa han confirmado que existen diferencias consistentes de consumo entre hombres y mujeres y que no sólo depende del sexo, también de la clase social. España se encuentra representada en la Junta ejecutiva de INWAT-Europa.

Londres. 1999. ¿Parte de la solución? INWAT-Europa organiza un seminario en Londres para examinar las políticas de género en Europa, y encuentra una falta de datos fundamental, tanto respecto a la recogida de datos longitudinales descriptivos de la historia del consumo de tabaco de las mujeres en Europa, como en el ámbito de la investigación bio-médica básica sobre el impacto del tabaco en la salud de las mujeres, lo cual dificulta formular políticas de género basadas en la evidencia. El informe del seminario, *Part of the solution? Tobacco Control Policies and Women*⁸, destaca la importancia de renovar la agenda de investigación bio-médica que explora el impacto observado en la salud de las mujeres que fuman, y propone unas líneas de investigación prioritarias.

Berlín. 2002. En busca de soluciones. El encuentro se centró en las implicaciones de género de las políticas específicas de control del tabaco⁹, como los espacios públicos y privados libres de humo, políticas de precio e impuestos del tabaco, medios de comunicación e intervenciones comunitarias, marketing, apoyo a la deshabituación y construcción de alianzas. El informe, *Searching for the solution: Women, smoking and inequalities in Europe*, hace una propuesta de recomendaciones para hacer que la investigación y el diseño de políticas tengan verdadera sensibilidad de género.

Barcelona. 2005. Humo de tabaco ajeno. INWAT-España colabora en la organización del tercer seminario. En él se revisa la temática del género y las políticas de espacios públicos libres de humo en Europa, así como la exposición al humo de tabaco en los hogares. El informe resultante *Humo de tabaco ajeno y mujeres en Europa*¹⁰, revisa la aplastante evidencia de los efectos en la salud del tabaquismo y de respirar humo ajeno. Reconoce que el CMCT renueva el enfoque y abre nuevas oportunidades a los gobiernos para implementar investigación, programas y políticas que protejan la salud de las mujeres frente a la exposición al humo de tabaco ajeno. Plantea la realidad de que muchas mujeres trabajan en lugares cargados de humo de tabaco, se encuentran sometidas por

las normas de poder establecidas en los hogares, y resignadas a creer que tienen poco o nulo control para crear espacios libres de humo.

INWAT-España: Las españolas se unen a las europeas

A finales de los noventa, si bien las profesionales de la salud muestran una enérgica capacidad de trabajo y profesionalidad en sus respectivos campos, se encuentra a faltar en el colectivo una conciencia de género a nivel individual que repercute en su actividad y desarrollo profesional. Quieren ser útiles a toda costa y una clara conciencia de género permitiría optimizar sus esfuerzos.

Impulsar el desarrollo de una red de mujeres y constituir alianzas formaba parte del proyecto de desarrollo de INWAT-Europa en España. Los primeros pasos comenzaron a finales de 1997.

INWAT se expresa, expone sus objetivos y sus actividades en jornadas de trabajo, conferencias, y a través de publicaciones^{11, 12}, y medios de comunicación.

INWAT-España se vincula al Programa Mujer y Salud del Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) y gradualmente se adhieren mujeres activas en prevención y cesación del tabaco procedentes de la mayoría de Comunidades Autónomas, alcanzando uno de los mayores porcentajes de inscritas en la red mundial.

En 1999, INWAT-España avanza en la construcción de alianzas, mediante un contrato con el Institut Català de la Dona para divulgar la Red por Cataluña, que incluía:

1. Programa de información sobre tabaquismo dirigido a mujeres. El contenido estaba basado en: la elección de fumar versus la elección de dejarlo; intervención preventiva versus de deshabitación, incluyendo la protección de la exposición al humo ajeno en la infancia, personas no fumadoras y ex fumadoras; evaluación de la legislación; el liderazgo de las mujeres en el mundo, con el objetivo de divulgar lo que hacen las mujeres en Europa y en el mundo; el papel de INWAT y que podemos hacer nosotras en Cataluña.
2. Seminario de Formación para Formadoras. Septiembre de 1999. Dirigido a profesionales y a feministas de la salud de toda Cataluña activas en tabaquismo.

El objetivo del seminario estaba orientado a construir alianzas involucrando a las feministas de la salud para intercambiar bagajes y desarrollar INWAT en Cataluña, junto al programa Dona, salut i qualitat de vida del CAPS.

3. Traducción al catalán de Big Tobacco and Women¹³, que recoge un extracto de los documentos secretos de la industria tabaquera específicos de cómo atraer a las mujeres.

A principios del año 2001, INWAT-España tiene la oportunidad de ampliar su capacidad de resonancia colaborando en la campaña mediática: «Tobacco kills, don't be duped» («El tabaco mata, no te dejes engañar»)¹⁴, dando a conocer a la población la necesidad de políticas de control del tabaco e informando sobre la negociación de la convención de la OMS para lograrlo^{15, 16}.

Córdoba. Febrero 2003. I Encuentro Estatal de Mujeres en Apoyo del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. INWAT-España organiza este encuentro con el objetivo de estimular el liderazgo de las mujeres activas en control del tabaco¹⁷ y a las feministas de la salud¹⁸ de cara a la inminente aprobación del tratado y, aún más importante, su posterior implementación en España. Este encuentro forma parte del contrato con el programa «Tobacco kills, don't be duped» de la TFI y la oficina de comunicación de la OMS.

En la reunión hubo tres puntos importantes: Conocer el Convenio Marco y sus puntos clave, desarrollar el liderazgo de las Mujeres para que puedan contribuir en cada momento del proceso y la redacción de un Manifiesto de las mujeres en apoyo del CMCT.

El encuentro se estructuró en cuatro sesiones de trabajo. Tras una presentación de las participantes, la primera mesa trató de la *Desnormalización: publicidad y medios de comunicación, empaquetado de tabaco y espacios públicos*. La siguiente, *Las mujeres nos organizamos. ¿Qué acordamos?: el liderazgo de las mujeres desde un enfoque feminológico; descripción de INWAT; propuestas de cambio basadas en las diferencias de género; evaluación del proceso y propuesta de futuro*. Finalmente se redactó y aprobó el Manifiesto de las mujeres, en base a las exposiciones, discusiones y el debate ocurrido durante las cuatro sesiones de trabajo. El Manifiesto de Córdoba, recoge el compromiso de las mujeres allí reunidas de difundir el contenido del CMCT, instar a las autoridades españolas e internacionales a suscribir dicho Convenio. Poner nuestros conocimientos al servicio de la sociedad para conseguir un mundo sin tabaco. Velar por la coherencia en las decisiones de salud pública que afectan a la población, para que siempre prevalezca el valor de la salud sobre el valor comercial del producto. Crear y promover estrategias específicas para la preven-

ponencia facilitadora sobre la integración de la perspectiva de género en la prevención del tabaco.

Barcelona. Noviembre 2004. IV Congreso CNPT. INWAT-España presenta una ponencia preparada en función de los acuerdos de la reunión de Valencia y revisada por el grupo de trabajo de INWAT-España. Se expone un modelo completo que incluye conceptos concurrentes como la definición de sexo/género, los factores sociales, el estatus de las mujeres, la distribución del trabajo y una perspectiva simbólica entre todo eso y el tabaquismo femenino.

INWAT-España acuerda que necesitamos seguir trabajando para conseguir un sistema equitativo y democrático. Debemos seguir desarrollando solidaridad intra-género para afrontar mejor los obstáculos y promover las contribuciones de las mujeres reforzando la agenda de la salud pública, especialmente en este momento en que crece la epidemia femenina y las desigualdades en tabaco y salud.

Año 2005. España ratifica el CMCT de la OMS. El año 2005 comienza en España con la noticia de la ratificación del CMCT y la preparación de nueva legislación. INWAT-España lo señala como un reto de la salud pública española en 2005 y aboga por definir e implementar políticas de reducción de la epidemia tabáquica y estructurar sistemas de comunicación para asegurar actuaciones que también sean efectivas para las mujeres. Cada medida que se lleve a cabo debe implicar la perspectiva y participación de las mujeres como iguales, especialmente ahora, tras ratificar el del CMCT de la OMS, que inicia el proceso de implementación.

Girona. Marzo 2005. V Reunión de Invierno del Área de Tabaquismo. SEPAR. INWAT-España interviene en una mesa redonda con una ponencia sobre la Red española.

Enero 2006. Implementación de la Ley 28/2005 en España. El 1 de enero de 2006 entra en vigor la Ley 28/2005. La monitorización de las tendencias de consumo muestra un descenso de las mujeres fumadoras en España. Si bien la exposición al humo de tabaco ajeno sigue siendo preocupante en los locales de ocio y de restauración donde no se ha prohibido fumar¹⁹. En noviembre, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y *La Vanguardia* establecen una línea de colaboración para concienciar a la sociedad de determinados retos de la salud pública mundial. La primera edición del FORUM se dedica a TABAQUISME I SALUT. Se presenta la ponencia *Impacte de l'hàbit tabàquic en l'individu i la Societat. Conseqüències*, incluyendo las aportaciones de INWAT.

2007. Se reorganiza el grupo impulsor de INWAT-España.

Para qué sirve INWAT

La función principal de INWAT consiste en recoger y distribuir información sobre mujeres y tabaco, a escala global. Comparte estrategias para contrarrestar la promoción y la publicidad del tabaco. Apoya que los programas específicos de prevención, deshabituación y de control del tabaco se desarrollen con enfoque de género. Proporciona contactos individuales e institucionales, principalmente de mujeres especializadas en control del tabaco. Asesora en la organización y planificación de conferencias sobre control del tabaco. Colabora en el desarrollo de publicaciones. Y promueve el liderazgo de las mujeres en el campo del control del tabaco.

La web de INWAT www.inwat.org ha evolucionado hasta ocupar la centralidad de la red. Cada mes recibe unas 3.000 entradas. En ella se encuentran todos los informes y documentos relevantes, junto a los datos por países, que facilitan el trabajo con perspectiva de género a las miembros de INWAT. También incluye la revista trimestral *The Net*. Esta revista electrónica está abierta a recibir contribuciones, sólo hay que enviar un e-mail a info@inwat.org describiendo una propuesta que, además de actual, refleje la realidad de las mujeres con relación al tabaco. El Comité ejecutivo de INWAT recibe y revisa las propuestas, que en ningún caso serán remuneradas.

INWAT ha desplegado tres redes regionales **INWAT-Europa**, **INWAT-Australasia** e **INWAT-Ibero-América** y se ha expandido pasando de las 60 personas que se inscribieron en su fundación a las 1.600 actuales, procedentes de unos 100 países.

Principales logros de INWAT:

- Ha impulsado la agenda de Investigación y formación sobre mujeres y tabaco.
- Ha promovido la inserción de la perspectiva de género en la agenda internacional de control del tabaco.
- Ha contribuido en la redacción del Convenio Marco para el Control del Tabaco: el preámbulo considera la realidad de las mujeres y las niñas.
- Ha demostrado la utilidad del Análisis de Género en las políticas de control del tabaco.
- Ha conseguido que se incrementen tanto las publicaciones sobre los efectos del tabaco en la vida de las mujeres, como los programas y políticas con perspectiva de género para eliminar su uso.
- Ha estimulado la incorporación de la perspectiva de género en diferentes tipos de publicaciones: artículos de revistas, divulgación...

INWAT encara el futuro. Pasando página

En julio del 2006, Lorraine Greaves toma el relevo de Margareta Haglund en la presidencia de INWAT, mientras se publica y divulga *Turning a New Leaf: Women, Tobacco and the Future*¹⁹. El documento compila el conocimiento, la experiencia y la acción de mujeres de todo el mundo. Expone los múltiples y complejos retos y ofrece directrices para desarrollar políticas, investigación, y programas ya sea desde el movimiento del control del tabaco o el de la salud de las mujeres. El documento concluye con una serie de aportaciones y reflexiones para avanzar con firmeza y rigor en la reducción de la epidemia. Pueden resumirse en tres puntos:

- Mejorar el estatus de las mujeres de todas las edades. Las políticas que mejoran el estatus social y económico de las mujeres repercuten en su salud. Para las mujeres que fuman, las políticas económicas, sociales y del hogar pueden reducir la vulnerabilidad a fumar debido al estrés, a las dobles o triples jornadas de trabajo o a afrontar solas la maternidad.
- Desarrollar programas y políticas verdaderamente completas de control del tabaco que entrelacen salud, sociedad y economía asegurando innovaciones relevantes basadas en la igualdad de género. La agenda debe vincular la salud con los derechos humanos y la justicia social. Un aspecto crucial a considerar por el movimiento de control del tabaco es vincular su agenda con la de la salud de las mujeres, respetando el objetivo de *empoderar* a las mujeres.
- Utilizar el Convenio Marco para el Control del tabaco como instrumento crucial para conseguir avanzar en la equidad de género mientras se reduce el consumo de tabaco.

Durante la Segunda Conferencia de las Partes (COP2) en junio-julio del 2007, en Bangkok, INWAT ha organizado un seminario dirigido a las delegaciones de los gobiernos sobre cómo incorporar la perspectiva de género en el Convenio Marco.

Bibliografía

1. Hernández del Rey, I; Romero Palacios PJ; et al. Tabaquismo en la mujer. Revisión y estrategias futuras. *Prev Tab* 2000;2(1): 45-54
2. Herstories. *World Smoking&Health*. Vol. 19, N.º 2, 1994. American Cancer Society.
3. Marín Tuyà, D. Spanish speakers discussion. Open meeting. *Tobacco and Health*. Edited by Karen Slama. Plenum press. New York. 1995.
4. Joosens L and Sasco A. Some Like it «light». Women and smoking in the European Union. *European Report*. 1999. Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs. International Agency for Research on Cancer.
5. Samet, JM and Soon-Young Yoon: Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st Century. WHO/Johns Hopkins School of Public Health. 2001.
6. The Net. The first INWAT Award: Promoting the leadership of women. INWAT. American Cancer society. Spring 2001.
7. Greaves L, Jategaonkar N, & Sanchez S. (eds) *Turning a New Leaf: Women, Tobacco and the Future*. British Columbia Centre of Excellence for Women's health (BCCEWH) and international network of Women against Tobacco (INWAT). Vancouver: BCCWH, 2006. www.inwat.org www.bcewh.bc.ca
8. INWAT-Europe. Part of the solution? Tobacco control policies and women. London:Health Education Authority; 1999.
9. Bostock, Y. Searching for the solution: women, smoking and inequalities in Europe. London:INWAT-Europe/ Health Development Agency; 2003.
10. Sanchez, S. Humo de tabaco ajeno y mujeres en Europa. *International Network of Women against Tobacco-Europe- (INWAT-Europa)*; 2006.
11. Marín Tuyà D. El humo que ciega tu mente. Editorial. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 375-376.
12. Marín Tuyà D. Construyendo una estrategia global de salud pública para el control del tabaco. Editorial. *Prev Tab* 2002 4(2): 57-59.
13. ASH&CRC. Les tabaqueras i les dones. Allò que revelen els documents confidencials de la industria del tabac. 1998. Editat per INWAT-Europa i ICD, setembre 1999.
14. Marín Tuyà D. La campaña global de la OMS en apoyo del Tratado de tabaco. *Prev Tab* 2003; 5(2): 80-86.
15. Marín Tuyà D. Construyendo una estrategia global de salud pública para control del tabaco. (editorial). *Prev Tab* 2002; 4: 57-9.
16. Marín Tuyà, D. Convención de Ginebra para el control del tabaco: la salud prevalece sobre el producto. Editorial. *Med Clin (Barc)* 2003; 121 (7): 253-5.
17. Nerín I, Jané M. I encuentro Nacional de mujeres en apoyo del Convenio Marco para el control del tabaco. *Prev Tab* 2003 5 (2): 151-158.
18. Taboada, L. Juntas contra el tabaco, también en España. *Prev Tab*; 5(2): 108-113.
19. Greaves L, Jategaonkar N, & Sanchez S. (eds) *Turning a New Leaf: Women, Tobacco and the Future*. British Columbia Centre of Excellence for Women's health (BCCEWH) and international network of Women against Tobacco (INWAT). Vancouver: BCCWH, 2006. www.inwat.org www.bcewh.bc.ca

capítulo 15

Políticas de control del tabaquismo en las mujeres

Mireia Jané Checa [1]

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Research Fellow por el Fitzwilliam College de la Universidad de Cambridge. Master of Science por la Universidad de Londres con un trabajo de investigación sobre política sanitaria en tabaquismo y mujeres. Public Health Diploma por la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Ha participado en programas de intervención comunitaria para prevenir el tabaquismo en adolescentes y embarazadas desde el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona. Ha coordinado el Informe Técnico para profesionales sanitarios sobre Tabaco y Mujeres en Catalunya. En la actualidad trabaja en el Programa de Salud Maternoinfantil de la Dirección General de Salud Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Tesis doctoral sobre: «El consumo de tabaco *light* y el tabaquismo en mujeres, grupos profesionales y embarazadas: hacia un marco operativo de la política de género en Catalunya».

1 Dirección General de Salud Pública,
Departament de Salut, Generalitat de Catalunya



Isabel Nerin de la Puerta [2]

Doctora en Medicina. Especialista en Neumología y Medicina Familiar y Comunitaria. Profesora del Departamento de Medicina y Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Coordinadora de la Unidad de Tabaquismo FMZ –Facultad de Medicina de Zaragoza– de la Universidad de Zaragoza. Principal línea de investigación: Tabaquismo y en particular aspectos del Tabaquismo en las mujeres. Investigadora principal en varios proyectos de investigación sobre Tabaquismo y directora de varias Tesis Doctorales sobre tabaquismo en la Universidad de Zaragoza. Socia a título personal del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Coordinadora del grupo de trabajo «Mujer y Tabaco» del CNPT.

Teresa Salvador Llivina [3]

Psicóloga (Universitat de Barcelona). Tesis de licenciatura (Universitat Autònoma de Barcelona), con un estudio experimental controlado a doble ciego sobre tratamiento del tabaquismo. En 1981 puso en marcha y dirigió -hasta 1988- el primer centro público de tratamiento del tabaquismo abierto en España (inicialmente en el Servicio de Neumología del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, y posteriormente integrado en el Institut Català de la Salut de la Generalitat de Catalunya). En 1983 y 1984 fue Consultora de la Unidad de Educación para la Salud de la OMS (Sede de la Oficina Europea de la OMS, Copenhague). Desde 1989 a 2003 dirigió el Centro de Estudios Sobre Promoción de la Salud (CEPS). Desde 1992 hasta la actualidad viene realizando diversos trabajos como consultora en la Promoción de la Salud para: la Comisión Europea; el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías de la Unión Europea (Lisboa); Naciones Unidas (Viena); Ministerio de Sanidad y Consumo y diversas CCAA. En 1988 le fue concedida la Medalla de Oro de la OMS en el 40 Aniversario de esta institución de Naciones Unidas.

2 Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.

3 Estudios y Consultoría en Promoción de la Salud.

Introducción

Las políticas de control del tabaquismo para que sean efectivas han de basarse en un marco global de control del tabaco que junto con medidas de prevención y ayuda a la cesación se dirijan principalmente a cubrir tres objetivos:

- La prevención del inicio del consumo de tabaco por parte de los y las jóvenes.
- La asistencia para aquellas personas que desean dejar de fumar.
- La protección de toda la población frente al humo ambiental del tabaco (HAT).

En el caso de las mujeres todas las políticas que se comentarán a continuación han de incorporar los aspectos específicos de género explicados en otros capítulos del libro y tener en cuenta las especificidades de cada grupo de edad, colectivo o procedencia.

Este capítulo, previa breve descripción de la legislación anterior a la Ley 28/2005 que marca un punto de inflexión importante en el marco global de control del tabaquismo¹ y que por primera vez introduce la necesidad de incluir la perspectiva de género en todas las actuaciones como veremos más adelante, pretende resumir el conjunto de medidas necesarias y efectivas en el control del tabaquismo en los distintos grupos que integran la población de mujeres en su conjunto.

Marco global de control del tabaquismo

Aunque la evolución de la prevalencia del tabaquismo en las mujeres en España ya se ha tratado en profundidad en otro capítulo, en la presente revisión sobre la necesidad y características de las políticas de control en España, queremos recordar los aspectos de consumo de tabaco por parte de las mujeres que hacen incuestionable la adopción de una política preventiva sensible a las desigualdades de género y a las diferencias de sexo.

Hoy en España fuma el 27% de las mujeres, dato que resulta engañoso al incluir todos los rangos de edad. Debido a la influencia que tiene, y ha tenido, el contexto sociocultural en la incorporación de la mujer al consumo de tabaco, apenas un 2% de las mujeres españolas mayores de 65 años fuma, mientras que el 43,5% de las mujeres entre 25 y 44 años son fumadoras. Por otro lado se observan factores altamente preocupantes, en especial:

el estancamiento de la edad de inicio al consumo a una edad muy temprana (Tabla I); el mantenimiento de altos índices de tabaquismo entre la población adolescente en nuestro país (Tabla II); y la mayor prevalencia del tabaquismo entre las adolescentes españolas en relación a la prevalencia que presentan los adolescentes de su misma edad, aspecto que tampoco ha mejorado durante la última década (Tabla III).

Tabla I. Evolución de la edad media de inicio al consumo de tabaco en estudiantes de Enseñanza Secundaria (España, 1994-2004)

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2

Fuente: Encuesta sobre Drogas a población Escolar, 1994-2002; Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

Tabla II. Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanza Secundaria que consumen tabaco (España, 1994-2004).

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4
Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4

Fuente: Encuesta sobre Drogas a población Escolar, 1994-2002; Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

Tabla III. Evolución diferenciada por sexo del porcentaje de estudiantes de Enseñanza Secundaria que consumen tabaco (España, 1994-2004).

	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Consumo tabaco alguna vez en la vida	56,0	65,1	56,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1

Fuente: Encuesta sobre Drogas a población Escolar, 1994-2002; Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

Para que las distintas intervenciones de prevención y asistencia en relación al tabaquismo desarrolladas desde distintos sectores de la intervención sociosanitaria vean incrementada su efectividad, es esencial la existencia de un marco político global de control del tabaco y de los factores que promueven su consumo. En este sentido las políticas han evolucionado a lo largo del tiempo de forma favorable según se tiene en cuenta el sexo de la población fumadora, el clima social existente y la evidencia sobre los efectos del tabaco en la salud (tabla IV).

Tabla IV. Evolución histórica de aspectos sociales relacionados con la epidemia tabáquica a lo largo del siglo XX y principios del XXI.

Población fumadora	Clima social	Políticas de control y prevención	Evidencia de los efectos sobre la salud
Hombres	A favor del consumo	-	-
Hombres/inicio en las mujeres	A favor del consumo	-	+
Hombres y mujeres	Ambivalencia débil	+	++
Hombres y mujeres	Fuerte ambivalencia	++	++++
Mujeres y hombres	En contra del consumo	+++	++++

El marco global de control del tabaco permite la protección de los derechos constitucionales a la salud, a la información, al disfrute de un medioambiente más saludable, tanto a las personas que fuman como de quienes nunca han fumado o han dejado de fumar, así como a medidas de prevención y asistencia sensibles a los aspectos de género.

Para garantizar este enfoque integral, el marco político para el control del tabaquismo debe estar integrado por:

- a) *Medidas legales*, como: previsiones legales que garanticen la protección de toda la población frente a los riesgos de la exposición al HAT; actuaciones de protección de la población, y en especial de la población femenina, frente a las múltiples estrategias de promoción del uso del tabaco; disminución de la accesibilidad del tabaco (disminución y control de los puntos de venta); medidas favorecedoras de la disminución de la disponibilidad (medidas fiscales).
- b) *Medidas que permitan a la población disponer de mayor control de factores –como el tabaquismo– que ponen en grave riesgo su salud (empoderamiento)*, tales como medidas informativas y de sensibilización; programas educativos; y actuaciones de

promoción y apoyo al movimiento asociativo frente al tabaquismo, y en el caso que nos ocupa al movimiento asociativo preocupado por la equiparación social y sanitaria de los derechos de la mujer.

- c) *Medidas asistenciales*, es decir, actuaciones de promoción y apoyo de la cesación tabáquica que atiendan y sean sensibles a las necesidades de género, en especial para los grupos de mujeres más jóvenes, y aquellos integrados por mujeres en situación de alto riesgo sanitario y social.
- d) *Medidas de seguimiento y monitorización*, tales como programas de investigación en los que se incluya una perspectiva de género y evaluación a corto, medio y largo plazo de las medidas adoptadas.

Legislación

A lo largo de los años en España se ha ido desarrollando un marco legal regulador de diferentes aspectos relativos a la comercialización, promoción y consumo de tabaco. Este proceso, que se inició a principios de los años 80, se vio reforzado con la entrada de España en la Unión Europea. Así, mediante la transposición de directivas europeas y a través de la puesta en marcha de documentos como el Convenio Marco de Control del Tabaquismo, que establece las bases para la implementación de medidas universales en este ámbito y que defiende la importancia del protagonismo de las mujeres en el tema del tabaco², se llegó a la Ley 28/2005³, de 26 de diciembre, «*de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*».

Así, y citando sólo las más importantes, se han ido desarrollando las siguientes medidas legales de ámbito nacional:

- El Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo «*sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para la protección de la salud de la población*». Se trata de una previsión legal que consideró por primera vez alguna medida de protección dirigida a mujeres, aunque no por el hecho intrínseco de serlo, sino en su condición de futuras madres, concretamente introdujo la prohibición de fumar en centros laborales donde trabajasen mujeres embarazadas.
- El Real Decreto 486/1997 de 14 de abril de 1997 «*por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo*». En este texto no hay mención alguna a aspectos diferenciales de sexo ni tampoco perspectiva de género.

- El Real decreto 1293/1999 de 23 de julio *«sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población»*. Amplía la prohibición de fumar en medios de transporte colectivo. Se regula en: todos los vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano, aviones comerciales, transporte ferroviario y marítimo, transporte escolar y de personas enfermas.
- El Real Decreto 1079/2002 de 18 de octubre por el cual *«se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos de tabaco»*; en este último decreto se prohíbe la utilización de nombres, marcas, imágenes u otros signos que puedan sugerir que un determinado producto de tabaco sea menos nocivo para la salud como por ejemplo «light» o «mild»⁴. Dichos productos, como ya se ha comentado en otros capítulos del libro, se diseñaron, comercializaron y promocionaron para expandir y consolidar especialmente el consumo de tabaco por las mujeres.
- La Ley 28/2005³, de 26 de diciembre, *«de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco»*. Se trata de la primera ley relacionada con el control del tabaquismo que contempla y señala explícitamente la necesidad de incorporar la perspectiva de género en todas las estrategias que se lleven a cabo para controlar el tabaquismo y reconoce que *«el fenómeno del tabaquismo no se manifiesta de igual manera en hombres y mujeres...»*. La ley contiene otros aspectos como la disminución y el mayor control de los puntos autorizados de venta de tabaco; la prohibición total de fumar en los centros de trabajo públicos o privados (a excepción de los que integrados en los sectores del ocio y la restauración); la prohibición total de fumar en los centros sanitarios y docentes, centros comerciales, etc.; y la prohibición total de cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco. Se trata además de una ley que cuenta con un elevado grado de soporte social, y en este sentido hay que destacar que las mujeres parecen más receptivas y sensibles a la necesidad de su entrada en vigor y aplicación. Así, según datos muy recientes proporcionados por la *«Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco»* realizada por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)⁵ llevada a cabo en diciembre de 2006, las mujeres estarían más de acuerdo con la nueva legislación que los hombres (un 70,3% de las mujeres versus un 66,5% de los hombres estaría de acuerdo con ella).

Protección del derecho a la salud de las mujeres, con independencia de si fuman o no

A partir del momento en que la *International Agency for Research on Cancer (IARC)**, demuestra una asociación estadísticamente significativa entre la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) en las personas que no fuman y el desarrollo de cáncer de pulmón, y establece un incremento del riesgo relativo de entre el 20 al 30%⁶ para aquellas que conviven con otra persona que fuma, se hace explícito el requerimiento de proteger a quienes no fuman de la exposición al HAT.

Se hace por lo tanto necesario que todos los lugares públicos cerrados, y en especial todos los centros de trabajo, sean espacios realmente libres de humo, no sólo para proteger la salud de las personas que no fuman, sino también para difundir el mensaje social de la incompatibilidad entre consumo de tabaco y salud, así como para facilitar la cesación tabáquica⁷. Asimismo, es a partir de entonces que la ampliación real de los espacios públicos cerrados sin humo se considera un aspecto prioritario para la política de prevención del tabaquismo en España⁸.

Los distintos motivos que favorecen la implementación de una política libre de humo en el centro de trabajo no sólo estarían relacionados con la salud de sus trabajadores sino también con otros aspectos íntimamente ligados al coste que suponen para la empresa: las bajas por enfermedad, el absentismo laboral, los accidentes laborales, y en consecuencia la pérdida de productividad. Hoy por hoy, con la ley 28/2005 que ya se ha comentado, se prohíbe fumar en todos los centros de trabajo públicos o privados, a excepción de los relacionados con el ocio y la hostelería, sectores en los que, por cierto, trabaja un mayor porcentaje de mujeres que de hombres (un 53%, para el caso de la hostelería)⁹.

Los estudios que han analizado el efecto de estas políticas restrictivas han concluido que son sobre todo efectivas para reducir la prevalencia del tabaquismo y también para disminuir el consumo diario de cigarrillos¹⁰. En cuanto al efecto diferencial de género que representa la implementación de estas políticas en lugares públicos parecería ser, a juzgar por diversas evaluaciones realizadas en países anglosajones, que los varones disminuyen su consumo de forma más mayoritaria que las mujeres, aunque todavía se requeriría una mayor investigación del problema, pues aparecen resultados divergentes según el lugar público analizado^{10, 11, 12}.

* Agencia de investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para que las políticas dirigidas a la creación de lugares públicos y de trabajo libres de humo tengan éxito es necesario, por no decir imprescindible, que a parte de implementarse sobre poblaciones altamente informadas sobre los efectos secundarios de la exposición al humo ambiental del tabaco, éstas posean un alto grado de apoyo y de aceptabilidad social, que en países como el nuestro están en franco incremento últimamente y, como ya hemos comentado es especialmente alta la aceptabilidad en el caso de las mujeres⁵.

Control del producto, de su accesibilidad y disponibilidad

Control de las estrategias de promoción

La publicidad, promoción y el patrocinio del tabaco y otros productos relacionados, ha sido y es uno de los factores que más han incidido en la expansión y el mantenimiento del tabaquismo en todo el mundo. Su prohibición es un aspecto decisivo en cualquier política de prevención y control del tabaquismo, pues las estrategias de promoción han contribuido de forma sensible a que la epidemia del tabaquismo se siga manteniendo a pesar del conocimiento actual del problema, a pesar del incremento de la mortalidad entre la población fumadora, y a pesar del incremento constante de la proporción de personas que han dejado de fumar a lo largo de las últimas décadas.

Para ser efectiva, la prohibición de la promoción del tabaco debe ser total, pues las restricciones parciales obtienen un impacto reducido al permitir a las compañías tabacaleras la utilización de distintas estrategias promocionales, especialmente dirigidas a la población más joven y a las mujeres.

En revisiones sistemáticas de estudios que han evaluado las distintas intervenciones dirigidas a la prohibición de la publicidad se han obtenido resultados mixtos, pues pocos de ellos diferenciaban claramente si dichas intervenciones eran totales o parciales. En resumen, se ha estimado que las restricciones totales de la publicidad podrían llegar a reducir el tabaquismo hasta en un 6% en los países desarrollados; dicho porcentaje, aunque aparentemente modesto, puede tener un impacto importante en salud pública¹³. Diversos análisis han puesto de manifiesto que si la prohibición de la publicidad se acompañara de políticas de incremento de los precios del tabaco, el porcentaje de reducción del tabaquismo sería mucho mayor¹³.

Las estrategias de publicidad y promoción han centrado sus esfuerzos en responder de forma eficaz a las necesidades de los grupos de población más vulnerables. Así:

- **Ante los/las niños/as y adolescentes** se presenta al cigarrillo como símbolo de liberación frente a las prohibiciones impuestas por el mundo adulto, símbolo de iniciación a la vida adulta y señal de madurez y personalidad propias, asociado al buen estado físico y óptimo rendimiento deportivo, símbolo de sociabilidad, cordialidad, desinhibición, así como herramienta eficaz para asegurar el éxito en las relaciones de pareja o de sexos en general.
- **Ante las mujeres** se presenta al cigarrillo como símbolo de igualdad entre hombres y mujeres, de liberación y poder para las mujeres jóvenes y adolescentes, de triunfo en el mundo laboral, de placer, de capacidad de seducción y éxito en la vida, así como un eficaz medio para combatir el estrés.
- **Ante los grupos sociales más desfavorecidos** se presenta al cigarrillo como símbolo de alto *status* económico, de éxito en la vida y de modernidad.

Negar que los mensajes publicitarios del tabaco no están específicamente pensados para atraer el interés y la posterior fidelidad de estas poblaciones diana, es simple retórica, tan indefendible como intentar mantener que los anuncios de detergentes para la limpieza doméstica se dirigen a altos ejecutivos.

Paralelamente, en este momento en que los gobiernos de la mayoría de los países desarrollados están prohibiendo la publicidad del tabaco, la industria busca nuevas y más sofisticadas formas de publicidad encubierta o indirecta. En España durante los años inmediatamente anteriores a la entrada en vigor de la Ley 28/2005, la industria incrementó el presupuesto dedicado a la promoción de sus productos a través de la publicidad directa y del patrocinio de las actividades más atractivas para la población infantil y adolescente.

Al igual que en otros países, también en España la industria tabacalera se ha preparado para la entrada en vigor de la ley que prohíbe la promoción del tabaco, reforzando su potencial de influencia en otros sectores al diversificar sus actividades e introducirse en otros sectores de producción, como son la alimentación, la perfumería y la moda. Esta estrategia ha incrementado su posición de fuerza sobre los medios de comunicación con los que contrata la publicidad de sus productos. Durante los últimos años, la OMS ha documentado las presiones que ejerce la industria para eliminar el apoyo de los medios de comunicación a la información sobre los problemas causados por el tabaco. En diversos países, este alarde de poder frente a los medios de comunicación de masas se traduce en la suspensión de contratos publicitarios millonarios, en la censura o alteración de

artículos periodísticos, en la imposición de determinados columnistas comprados por la industria, y otras exigencias diversas.

En los años inmediatamente anteriores a la ley 28/2005, la industria tabacalera gastó en publicidad directa más que cualquier otro sector líder del mercado (automóviles, productos de limpieza, alimentación y perfumería). Ello no quiere decir, sin embargo, que la supresión de la publicidad del tabaco significara la quiebra de las agencias publicitarias o de los medios de comunicación que aceptan este tipo de publicidad. En España por ejemplo, en 1988 el gasto publicitario invertido en publicidad directa del tabaco representó tan sólo el 1,3 por 100 del gasto total en publicidad invertido en nuestro país. En Europa este gasto significó, también en ese mismo año, un 1,6 por cien del gasto publicitario total¹⁴.

De acuerdo a datos disponibles provenientes de distintos países, existe ya suficiente evidencia sobre el efecto disuasor del consumo imputable a la supresión total de la publicidad de tabaco. En todos los países donde se ha aplicado una ley de prohibición total de publicidad de tabaco, se ha experimentado un descenso significativo del consumo¹⁵ y esta disminución significativa se ha mantenido a largo plazo¹⁶. Los datos aportados por Noruega, Finlandia, Nueva Zelanda y Francia, apuntan a que –incluso en distintos contextos culturales–, la prohibición total de la publicidad, cuando va acompañada de una política coherente de control del tabaquismo, ha conseguido disminuir a largo plazo entre un 10% y un 37% el consumo per capita de tabaco en estos países^{16, 17, 18, 19}.

Otro aspecto de la publicidad del producto de tabaco está relacionado con la prohibición de las palabras «mild» o «light» que llevaban a los consumidores a conclusiones equívocas respecto a la nocividad del tabaco. Dicha prohibición beneficiaba fundamentalmente a las mujeres que –como ya se ha comentado en otros capítulos– siempre se han mostrado más sensibles a los aspectos de protección de la salud. Sin embargo, tras la prohibición de la utilización de adjetivos que pretendían difundir la idea de que algunos tipos de tabaco eran «saludables», la industria tabacalera se las ha ingeniado para continuar intentando diferenciar el tabaco «light» del «normal» mediante la utilización de diseños y colores evocadores de entornos «limpios» y paradisíacos. Por ello, se debería avanzar hacia la introducción de la comercialización de cajetillas genéricas, con el mismo color de fondo para todas las marcas y tipos de cigarrillos, de cara a proteger a todas las personas y en especial a las mujeres de este consumo⁴.

Disminución de la accesibilidad de los productos del tabaco

La accesibilidad a los productos derivados del tabaco es un factor ambiental nada despreciable que influye en la iniciación en el tabaquismo, especialmente durante la adolescencia. A pesar de que en la mayoría de países avanzados existe una legislación que prohíbe la venta de tabaco a menores de edad, ésta se sigue produciendo, bien directamente o a través de un acceso fácil al mismo, como por ejemplo vía las máquinas expendedoras automáticas.

Actualmente con la nueva legislación española que regula la comercialización del tabaco algunos de estos aspectos están sujetos a mayor control. Sin embargo, ciertas problemáticas como la venta de cigarrillos sueltos en el entorno escolar o la aparición de marcas que ofrecen paquetes de 10 unidades de cigarrillos, cuyo precio resulta asequible para los y las jóvenes son difíciles de controlar⁴.

En estudios anglosajones realizados para comprobar el cumplimiento de la normativa que prohíbe vender tabaco a menores de edad, los resultados obtenidos pondrían de manifiesto la existencia de una mayor facilidad por parte de los comerciantes para vender cigarrillos a las chicas que a los chicos de la misma edad¹⁰. Aunque parece ser que las chicas utilizan de forma más frecuente que los chicos otras vías no comerciales de obtención de cigarrillos²⁰. Asimismo, la evaluación del impacto de la aplicación de la ley, junto con otras intervenciones como la educación de la comunidad, ha mostrado una reducción significativa de las ventas de tabaco a los menores de edad de ambos sexos. Sin embargo, estos mismos estudios concluyen que la evidencia objetiva de que este cumplimiento se traduzca en una reducción del consumo por parte de los jóvenes sigue siendo limitada. En efecto, los y las jóvenes utilizan distintos medios para obtener cigarrillos –a través de familiares, amigos y extraños– que son mucho más complejos de controlar¹³.

Disminución de la disponibilidad: políticas fiscales y de precios

El incremento de los precios de cigarrillos no sólo previene el inicio del tabaquismo y favorece la cesación por parte de aquellas personas que fuman, sino que también tiene un efecto beneficioso en la reducción de las recaídas en aquellas personas que han dejado de fumar.

La elasticidad de la demanda es mayor en los países en vías de desarrollo, y por ello, como ya se ha comentado, las políticas fiscales tienen también más impacto en los grupos de menor renta de los países ricos. En países como el Reino Unido o Suecia, donde se han

llevado a cabo incrementos importantes de los impuestos sobre el tabaco se ha demostrado una reducción significativa de su consumo, directamente relacionada con el incremento de los precios²¹.

En España, a pesar de que el precio medio de un paquete de cigarrillos de 20 unidades ha experimentado un incremento marcado en los últimos dos decenios, el precio de compra de una marca representativa, después de ajustar por las diferencias en el poder adquisitivo, todavía se mantiene entre los más bajos de la Unión Europea²². Queda claro que todavía existe margen para poder realizar una política de incremento de los precios del tabaco en nuestro entorno, que con toda seguridad repercutiría positivamente en la reducción del tabaquismo de toda la población, no sólo como medida de apoyo, sino especialmente como medida principal de cualquier estrategia preventiva y de ayuda a la cesación²³.

El efecto del incremento de los precios e impuestos del tabaco depende del sexo, del nivel socioeconómico y de la edad del grupo poblacional al que afecta la medida. El grupo más sensible al aumento de precios es el de los y las jóvenes puesto que llevan menos tiempo fumando y pueden adaptarse mejor a los cambios, tienen menor poder adquisitivo y a ellos o ellas les afecta más la conducta de los iguales («peers»)¹³. Sin embargo, a juzgar por los resultados de diversos estudios realizados al respecto parecería ser que los chicos fueran más susceptibles a las políticas de incrementos de precios del tabaco presentando una mayor elasticidad de la demanda que las chicas. En concreto, un estudio anglosajón ha estimado una reducción de la demanda del 9,2% en el caso de los chicos, frente a una disminución de la misma en las chicas del 5,9%, ante un 10% de aumento del precio del tabaco¹¹.

En el caso de las mujeres y en general de los grupos económicos de menor poder adquisitivo, el incremento de impuestos puede plantear problemas éticos. Existe todavía un debate abierto para contestar a la pregunta de si el aumento de los impuestos del tabaco podría ser regresivo o progresivo en estos grupos desfavorecidos^{24, 25}. Lo que sí es evidente es que en aquellos países en los cuales las prevalencias más elevadas de tabaquismo se centran en los grupos más desfavorecidos es donde el aumento de precios tendrá una mayor carga, justamente en aquellas personas que ya tienen dificultades en «llegar a fin de mes».

Por ello, una política al alza de los precios del tabaco mediante impuestos, imprescindible en nuestro país pues todavía existe un margen importante para aumentarlos, debería

ir acompañada de una estrategia basada en la reducción del daño que ocasiona el tabaco, mediante la oferta de terapias eficaces para que las personas fumadoras de mayor riesgo pertenecientes a los grupos más desfavorecidos consigan dejar de fumar y consolidar la abstinencia⁴.

Medidas que permitan a la población disponer de mayor control de factores –como el tabaquismo– que ponen en grave riesgo su salud

Los programas de prevención escolar

Dichos programas retrasan la iniciación al tabaquismo y su evaluación a corto plazo presenta resultados positivos. A más largo plazo, los resultados presentan inconsistencias y la evaluación ha sido menor. Es especialmente menos conocido lo que sucede cuando se pasa de un lugar altamente controlado en investigación y los programas se aplican en escuelas a gran escala¹³. Los programas que mejores resultados han dado son aquellos basados en el modelo de influencia social, que incluyen sesiones de refuerzo, que se realizan de una forma interactiva y que se llevan a cabo por los iguales («peers»)²⁶.

La mayoría de las revisiones sobre la efectividad de los programas de prevención del tabaquismo en el medio escolar se han centrado en determinar la efectividad global y los componentes clave de los programas, pero no se ha realizado un esfuerzo sistemático para desarrollar y evaluar intervenciones preventivas con perspectiva de género, más aún cuando la prevalencia de tabaquismo entre las jóvenes está superando a la de los chicos. Algunos autores anglosajones postulan que la falta de efectividad de los programas de prevención tabáquica en el ámbito escolar es, en parte, debida a la falta de especificidad y sensibilidad de género de los mismos²⁷. Dichos programas no incidirían en algunos aspectos de género más predominantes en el tabaquismo femenino como es el caso de la alta autoestima, probablemente mayoritaria en las chicas fumadoras más mayores, como ya se ha comentado en otro capítulo del libro.

En el ámbito educativo, aunque no exclusivamente, es recomendable utilizar las sinergias de distintas intervenciones en la comunidad y en la escuela²⁸ como por ejemplo, la incorporación de aspectos educativos en las asociaciones de padres de alumnos y, por supuesto, la creación de políticas libres de humo en los centros docentes que facilitarían y apoyarían todos los esfuerzos dirigidos a los jóvenes en el campo que nos ocupa. Asimismo, las intervenciones educativas y de ayuda a la cesación dirigidas al colectivo docente que

juega un importante rol de modelo social y que presenta prevalencias de tabaquismo elevadas, tendrían también efectos beneficiosos.

Campañas mediáticas de sensibilización sobre el tabaquismo y las estrategias de promoción encubierta

Las campañas mediáticas, siempre y cuando se diseñen de forma planificada, se implementen de manera sostenida y conjuntamente con otras estrategias, pueden presentar resultados positivos. En efecto, las campañas tienen la capacidad de poder difundirse en segmentos amplios de la población, llegando incluso a los grupos que presentan niveles educativos más desfavorecidos, pudiendo disminuir los obstáculos que tienen estas personas para poder asistir a los programas relacionados con la salud²³. Las intervenciones mediáticas, para que sean más efectivas, han de basarse en técnicas de «marketing social», incorporando enfoques estructurados para influir en las actitudes y en los comportamientos relacionados con la salud pública¹³.

Existen medios de comunicación cuyo público mayoritario son las mujeres y que podrían utilizarse para difundir campañas sensibles a los aspectos específicos de género femenino; máxime cuando muchos de estos medios, como se ha podido analizar en algunos estudios cualitativos son utilizados por la industria tabaquera para hacer promoción encubierta de los productos del tabaco, aun cuando, como en el caso de nuestro país, la promoción y la publicidad directa están prohibidas. En efecto, la industria tabaquera analiza las razones por las cuales las mujeres fuman, observando diferencias en grupos de edad concretos de las mujeres jóvenes, siendo posteriormente representadas gráficamente en la iconografía de las revistas. Los resultados de estas intervenciones han sido beneficiosos para la industria tabaquera y han mostrado la vulnerabilidad de las jóvenes a la publicidad de promoción del tabaco²⁹. Para contrarrestar este efecto, es esencial difundir la idea que la mujer ideal es aquella que no fuma en todos los ámbitos, intentando reducir la percepción subjetiva errónea que exagera la prevalencia real del consumo³⁰.

Actualmente, sería recomendable dirigir las campañas mediáticas hacia los grupos de mujeres más desfavorecidos, de bajo nivel socioeconómico, más costoefectivas en nuestro país donde todavía estamos en un período de transición hacia estos grupos que podría frenarse dirigiendo esfuerzos importantes hacia estos colectivos²³. En cualquier caso, las campañas de información y sensibilización deben mantenerse en el tiempo, adaptarse a la sensibilidad, lenguaje, nivel cultural del público a quien van dirigidas y, por último, complemen-

tarse con el desarrollo mantenido de programas educativos en el ámbito escolar tal como ya hemos comentado y con el apoyo a la participación de la sociedad civil en el desarrollo de una política coordinada de prevención y control del tabaquismo de las mujeres⁴.

Promoción y apoyo de la prevención del tabaquismo en el movimiento asociativo femenino

A pesar de que durante años el movimiento de control del tabaquismo no ha tenido mucho éxito involucrando las organizaciones de mujeres en el control del tabaquismo femenino, es esencial su incorporación en este tema, no sólo porque representan un grupo considerable de mujeres que facilitaría la difusión de los mensajes, sino por la capacidad de influencia y credibilidad que poseen entre sus miembros²³.

Entre las funciones que estas organizaciones pueden ejercer se encuentran¹⁰:

- Esfuerzos dirigidos a la sensibilización y educación y a la movilización, concretamente actuaciones que levanten interés social sobre la problemática y lleven a las mujeres que las integran a llevar a cabo acciones positivas
- Actividades de identificación y denuncia de la promoción encubierta del tabaco, especialmente de sus formas más sutiles dirigidas a las niñas, las adolescentes y las jóvenes.
- Desarrollo de liderazgo por parte de las mujeres en este ámbito, uno de los aspectos principales que motivó la creación de una red femenina de control del tabaquismo como es la INWAT (International Network of Women Against Tobacco), surgida como deseo de comunicar y crear una red de control del tabaquismo a nivel internacional en el ámbito de las mujeres. Siguiendo en la misma línea se han creado otros grupos de presión como, por citar un ejemplo, el grupo de Género y Tabaco del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.

Intervenciones de ayuda para dejar de fumar sensibles a las necesidades de género

Es interesante recordar que las mujeres suelen tener más facilidad para enrolarse en cualquier programa formal de ayuda a la cesación tabáquica³¹. Por ello, sin olvidar que la principal barrera a la cesación tabáquica para hombres y mujeres es la adicción a la nicotina, otros factores más característicos del tabaquismo femenino deberían formar parte de estos programas de forma que, cuando fuera necesario, además del tratamiento farmacológico se pudiera hacer énfasis en aspectos como el control del peso, el incremento de ejercicio físico, las estrategias de manejo del estrés o bien las intervenciones de ges-

tión del propio estilo de vida³². También sería recomendable la monitorización de la presencia de síntomas depresivos antes, durante y después del tratamiento indicado para abandonar el tabaquismo²¹. Ayudas todas ellas que aportarían sin duda beneficios a aquellas mujeres que por su condición particular lo necesitasen.

En la atención sanitaria destinada a ayudar a las mujeres a dejar de fumar cabe recordar el sesgo de género que ha existido hasta ahora basado en el hecho de que las mujeres, al estar más preocupadas por su salud –y por ello ser grandes consumidoras de tabaco «más saludable» como el «light»– han tenido la autopercepción errónea de ser consumidoras de menor riesgo y han transmitido dicha autopercepción a los y las profesionales que han incidido en menor grado en la ayuda que requería este colectivo^{32,33}. Dicha percepción de riesgo del tabaco mayor en mujeres, en especial del HAT, ha quedado plasmado en la Encuesta del CNPT sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas. Así, un 88,2% de las mujeres declararon que respirar HAT perjudicaba mucho o bastante la salud frente al 81,3% de los hombres⁵. Es importante pues la formación de los y las profesionales de la salud para que tengan en cuenta esta situación, ya desde la etapa de pregrado³⁴.

Existen distintos niveles de asistencia donde se puede intervenir y ayudar a las mujeres. Desde el consejo médico de baja intensidad pero de gran alcance («intervención mínima») realizado en atención primaria y también en atención especializada por parte de profesionales de otros ámbitos como de salud sexual y reproductiva y de pediatría, hasta una intervención más intensiva desde las unidades de tabaquismo^{35,36}.

Además de las actuaciones terapéuticas en contextos asistenciales tradicionales, en el caso de las mujeres es particularmente importante incorporar otro tipo de programas comunitarios de apoyo para dejar de fumar. Dichos programas se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación, de gran peso en el colectivo femenino; se trata de programas que alcanzan a toda la población y que pueden lograr tasas relevantes de abstinencia a bajo coste⁴.

Investigación y evaluación: la incorporación de indicadores sensibles a las desigualdades de género

No podemos olvidar que para conocer lo que está pasando, la evolución del problema y sobre todo saber si las medidas adoptadas han sido efectivas es esencial un sistema de información y registro que abarque indicadores específicos de género; es decir que no sólo nos permita estratificar por sexo sino que permita conocer más en profundidad otros

aspectos como el nivel socioeconómico, el trabajo reproductivo y remunerado, el nivel cultural, las actitudes, los conocimientos, las expectativas, etc.

Los indicadores específicos de género deben incorporarse en las Encuestas de Salud, hecho que mejorará la planificación y su posterior evaluación^{37,38}, así como una mejor adecuación de las políticas sociales dirigidas a los grupos más vulnerables. De hecho, si en nuestro país las mujeres de niveles socioeconómicos desfavorecidos todavía no son las que más fuman, en ciertas comunidades autónomas como Cataluña se está dando un cambio de patrón importante en este aspecto³⁹.

En este sentido y por citar un ejemplo, el análisis de las encuestas de salud debe permitir reconocer diferencias de género tan claras como que en los hombres el hecho de convivir en pareja representa un factor protector de la salud, mientras que en las mujeres, debido a la distribución desigual del trabajo reproductivo, puede conllevar a un empeoramiento de la salud que además se ve agravado por el consumo de tabaco y por la imposibilidad de dejarlo.

Retos pendientes

A pesar de todas las mejoras que está viviendo nuestro país en cuanto al marco global de control del tabaquismo y a la mayor concienciación de toda la población y en especial de las mujeres como acabamos de ver, todavía quedan bastantes retos pendientes o cuestiones no solucionadas. Algunas de ellas se enumeran a continuación:

- Retrasar la edad media de inicio al consumo de tabaco entre adolescentes, estancada en los últimos 10 años.
- Reducir significativamente la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres de los grupos de edad más jóvenes.
- Mejorar la legislación en aquellos aspectos relativos al ámbito de la restauración y lugares de ocio. Para proteger a todas las trabajadoras de nuestro país –y en especial, a las mujeres embarazadas– que trabajan en locales donde todavía se permite fumar.
- Avanzar hacia la adopción de medidas legales de etiquetaje que permitan la homogeneización de colores para todas las marcas y tipos de tabaco con la intención de evitar la identificación de los productos «light».
- Conseguir una mayor cobertura y una mejor coordinación entre los distintos niveles asistenciales que participan en la ayuda a las mujeres a dejar de fumar.

- Asegurar la financiación del tratamiento del tabaquismo de probada eficacia con criterios de equidad y de atención a desigualdades de género, especialmente en aquellos sectores más vulnerables.
- Incorporar variables específicas y sensibles a diferencias de género tanto en las encuesta *ad-hoc* como en los sistemas de información rutinaria.
- Promover y apoyar la investigación de factores que contribuyen a las desigualdades de género en el inicio, mantenimiento del consumo de tabaco, así como sobre los factores que promueven la consecución de la abstinencia en los distintos grupos de mujeres.

Conclusiones

En estos últimos años se ha avanzado mucho en nuestro país en la creación de un marco global de control del tabaquismo que también beneficia a las mujeres. Sin embargo, es esencial que para mejorar la efectividad de todas las políticas que se llevan a cabo en este ámbito, se tengan en cuenta los aspectos específicos de género en los distintos sectores poblacionales. En este sentido, todas las intervenciones deben adaptarse al colectivo al que van dirigidas desde la edad, el nivel socioeconómico y la procedencia, pasando por establecer unos buenos indicadores sensibles al género que permitan llevar a cabo una buena monitorización y evaluación de la situación. El futuro pasa por dirigir las políticas hacia la ayuda de las mujeres que se hallan en situación de mayor riesgo, que será donde se concentrarán las prevalencias más elevadas: las de nivel socioeconómico bajo y las jóvenes y embarazadas en las que se concentren mayores situaciones de riesgo.

Bibliografía

1. Villalbí J.R. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. *Gac Sanit* 2006; 20: 1-3.
2. Nerín I, Jané M (por el Grupo de Trabajo de las Mujeres en Apoyo del Control del Tabaquismo). I Encuentro Nacional de Mujeres en Apoyo al Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Prev Tab* 2003; 5: 151-8.
3. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
4. Salvador Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones* 2004; 16: 25.
5. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, diciembre 2006 (inédito)
6. World Health Organisation. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Involuntary Smoking (Group 1)*. Lyon: IARC Monographs, Vol 83, 2002.
7. Jané M, Nebot M, Rojano X, Artazcoz L, Sunyer J, Fernández E, Ceraso M, Samet J, Hammond S.K. Exposure to environmental tobacco smoke in public places in Barcelona, Spain. *Tobacco Control* 2002; 11:83-4.
8. Villalbí J.R., Ariza C (coord). *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Barcelona: SESPAS y CNPT, 2000.
9. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa , 2004. Madrid: INE (Consulta realizada 6 de junio de 2007 en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>).
10. US Department of Health and Human Services. *Women and Smoking. A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
11. Chaloupka F.J, Pacula R.L. Sex and race differences in young people's responsiveness to price and tobacco control policies. *Tobacco Control* 1999; 8: 373-7.
12. Farrelly M.C, Evans W.N, Sfekas AE. The impact of workplace smoking bans: results of a national survey. *Tob Control* 1999; 8: 272-7.
13. Lantz P.M, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J, Ahlstrom A. Investing in youth tobacco control : a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control* 2000; 9: 47-63
14. Salvador Llivina T. *Tabaquismo*. Madrid: Ed Aguilar, 1996
15. Department of Health. *Effect of tobacco advertising on tobacco consumption*. London: DoH, 1992
16. Joossens L. *The effectiveness of banning advertising for tobacco products*. Brussels: Ed. International Union Against Cancer, 1997
17. World Bank. *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. World Bank Development in Practice Series. Washington, D.C.: World Bank, 1999.
18. Saffer H. *The Control of Tobacco Advertising and Promotion*. En: *Tobacco Control Policies in Developing Countries*. Eds. P. Jha y F. Chaloupa. New York : Oxford University Press, 2000.
19. Saffer, H and Chaloupka, F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000; 19: 1117-1137.

20. Castrucci B.C, Gerlach KK, Kaufman NJ et al. Adolescents'acquisition of cigarretes through non commercial sources. *J Adolesc Health* 2002; 31: 322-6
21. World Health Organisation. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. Geneva: WHO, 2001
22. López Nicolás A. How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish National Health Survey. *Health Econ* 2002; 11:521-35
23. Jané M, Pardell H, Saltó E. Prevención del consumo según género. En: Fagerstrom K & Jiménez C. Tratado de tabaquismo. Madrid: Aula Médica, 2004
24. Ernster V, Kaufman N, Nichter M, Samet J, Yoon SY. Women and tobacco: moving from policy to action. *Bulletin of the World Health Organisation* 2000; 78: 891-901.
25. Remler DK. Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity. *Am J Public Health* 2004; 94: 225-9
26. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:175-87
27. Michell L, Amos A. Girls, pecking order and smoking. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1861-9
28. Jané Checa M. Prevención y control del tabaquismo en jóvenes: situación actual y estrategias de futuro. *IDEA-Prevención* 2002; 24: 78-87
29. Amos A, Gray D, Currie C, Elton R. Healthy or druggy? Self-image, ideal image and smoking behaviour among young people. *Soc Sci Med* 1997; 45:847-58
30. Chollat-Traquet C. Women and tobacco. Geneva: WHO, 1992
31. Department of Health. Statistics on smoking cessation services in health authorities. London: Department of Health, 2000 (inédito)
32. Jané Checa M. Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. *Adicciones* 2004; 16 (supl 2): 1- 15
33. Nerín I. El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal. *Arch. Bronconeumol* 2005; 41: 360-2
34. Nerín I. Fumando espero. *Arch Bronconeumol* 2000;36:115-7
35. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* , Issue 2. Oxford: Update Software, 2001
36. Greaves L, Cormier R, Devries K, Bottorff J, Johnson J, Kirkland S et al. A best practices review smoking cessation interventions for pregnant and postpartum girls and women. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2003
37. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000; 14: 146-55
38. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, Plasència A, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit* 2004; 18: 36-46
39. Departament de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya 2006 (inédito).

capítulo 16

Conclusiones y recomendaciones

the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased from 10.5 million to 12.5 million, and the number of people in the public sector who are employed in health care has increased from 2.5 million to 3.5 million (Department of Health 2000).

There are a number of reasons for the increase in the number of people employed in the public sector. One reason is that the public sector has become a more important part of the economy. Another reason is that the public sector has become a more attractive place to work. A third reason is that the public sector has become a more important part of society.

The increase in the number of people employed in the public sector has led to a number of changes in the way that the public sector is run. One change is that the public sector has become more customer focused. Another change is that the public sector has become more cost conscious. A third change is that the public sector has become more accountable.

The changes in the way that the public sector is run have led to a number of challenges for the public sector. One challenge is that the public sector has become more complex. Another challenge is that the public sector has become more competitive. A third challenge is that the public sector has become more demanding.

The challenges facing the public sector have led to a number of changes in the way that the public sector is managed. One change is that the public sector has become more professional. Another change is that the public sector has become more innovative. A third change is that the public sector has become more efficient.

The changes in the way that the public sector is managed have led to a number of benefits for the public sector. One benefit is that the public sector has become more effective. Another benefit is that the public sector has become more efficient. A third benefit is that the public sector has become more accountable.

The benefits of the changes in the way that the public sector is managed have led to a number of changes in the way that the public sector is perceived. One change is that the public sector has become more respected. Another change is that the public sector has become more valued. A third change is that the public sector has become more trusted.

The changes in the way that the public sector is perceived have led to a number of changes in the way that the public sector is supported. One change is that the public sector has become more funded. Another change is that the public sector has become more supported. A third change is that the public sector has become more valued.

A continuación se presenta este último capítulo en el que se recogen las principales conclusiones de todo el documento agrupadas en tres apartados: Epidemiología del tabaquismo en mujeres y hombres, Tabaquismo y Género y Políticas de control del tabaquismo. Por último se propone una serie de recomendaciones de futuro para el abordaje del tabaquismo con perspectiva de género.

En la elaboración de este capítulo de consenso han participado las autoras del libro y profesionales del Observatorio de Salud de la Mujer y del Programa de Tabaco del Ministerio de Salud y Consumo.

Conclusiones

Epidemiología del tabaquismo en mujeres y hombres

- El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud en el mundo y especialmente en los países económicamente más desarrollados pero como problema de salud pública hasta ahora ha sido visible casi exclusivamente en lo que concierne a la salud de los hombres.
- El modelo de la epidemia tabáquica de López y cols. pone en evidencia diferencias en los patrones de consumo entre sexos, así muestra que las mujeres empiezan a fumar después que los hombres, y como la diferencia de patrones entre sexos varía en función de la fase epidémica y del contexto.
- España se encuentra en la fase 3 del modelo teórico de la epidemia del tabaquismo, caracterizada por un descenso del consumo de tabaco en los hombres y una elevada prevalencia en las mujeres, sobre todo entre las más jóvenes. En esta fase, la patología relacionada con el consumo de cigarrillos se manifiesta fundamentalmente en los hombres, dado que las mujeres cronológicamente se incorporan unas décadas más tarde al consumo.
- Los daños del tabaco en la salud de las mujeres son ya una realidad evidente en todas las áreas, no sólo en el ámbito de la salud reproductiva, quedando relegada la falsa

creencia de que el tabaco no dañaba la salud de las mujeres tan intensamente como la de los hombres.

- Los resultados de los estudios sobre morbilidad atribuible al tabaquismo están infraestimados al no contemplar todas las causas de muerte; este aspecto es especialmente relevante en las mujeres debido a que las estimaciones se basan fundamentalmente en enfermedades más típicamente relacionadas con la salud de los hombres.
- El tabaquismo pasivo hasta ahora ha afectado fundamentalmente a las mujeres debido a la elevada prevalencia del tabaquismo entre los hombres. La ley 28/2005 que todavía permite fumar en el sector de la hostelería, restauración y de ocio desprotege la salud de los hombres y de manera evidente la de las mujeres, ya que estas últimas representan el 53% del sector de hostelería concretamente.

Tabaquismo y Género

- El género, a diferencia del sexo, se refiere a un constructo social basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres, las cuales conllevan diferencias y desigualdades en cuanto al poder y toma de decisiones.
- Para analizar las diferencias en los patrones de salud-enfermedad de mujeres y hombres se requiere tener en cuenta los diferentes papeles sociales asignados desde el nacimiento, los roles de género, además de las llamadas diferencias de sexo o diferencias biológicas.
- La equidad de género, reconoce que las necesidades de las mujeres y los hombres son diferentes y que las diferencias deben ser identificadas y tratadas para corregir el desequilibrio existente entre los sexos.
- El estudio de los aspectos diferenciales del tabaquismo en hombres y mujeres permite identificar diferencias en el patrón de consumo, la edad de inicio, la respuesta a determinados tratamientos, las distintas motivaciones e influencias para fumar o las dificultades para el abandono.
- La autoestima, el estrés, la preocupación por el peso corporal y la autoimagen son los factores que más influyen en la iniciación y/o el mantenimiento en el tabaquismo en las chicas, mientras que en los chicos fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones, factores profundamente marcados por los roles de género.
- En la conducta de fumar, tanto en mujeres como en hombres, intervienen el entorno macrosocial (contexto sociocultural, control normativo, medios de comunicación, publicidad,...) y el microsocia (familia, escuela, grupo de iguales,...), todos ellos aspectos en los que influyen sobremanera las relaciones de género.

- Las estrategias de la industria tabaquera para incentivar el consumo de tabaco entre las mujeres han utilizado la asociación entre el hecho de fumar con ideas de liberación e igualdad; nada más lejos de la realidad puesto que al igual que en los hombres, el tabaco produce adicción, enfermedad y muerte.

Políticas de control del tabaquismo

- Existen algunas intervenciones que pueden ser efectivas en el control del tabaquismo que cubren las siguientes áreas: la prevención del inicio del consumo de tabaco, la asistencia para aquellas personas que desean dejar de fumar y la protección de toda la población frente al humo ambiental del tabaco. Sin embargo, está pendiente el diseño de políticas desde un marco diferencial que contemple la perspectiva de género y las especificidades de las mujeres.
- Resulta esencial que las políticas incorporen el «*mainstreaming*» de género. El concepto de «*mainstreaming*» de género (en España puede ser traducido con el término «transversalidad» de género) significa organización o de una manera más precisa, reorganización para lograr mejorar el desarrollo y evaluación de los procesos políticos; este aspecto no ha sido suficientemente abordado en la actualidad.
- Las políticas de control de tabaco son efectivas cuando además de considerar el consumo de tabaco, atienden también al entorno y las condiciones en que viven las mujeres.
- Existen redes o grupos creados a nivel internacional y nacional para potenciar el desarrollo de liderazgo por parte de las mujeres en el control del tabaquismo, entre los que cabe destacar la International Network of Women Against Tobacco (INWAT) desde 1990.
- Se constata la ausencia de investigación junto con la falta de datos desagregados por sexo y de variables sensibles para recoger la perspectiva de género en la problemática del tabaquismo.
- Asimismo, en nuestro entorno existe una falta de formación en aspectos de género en un amplio ámbito de profesionales; dicha formación es un aspecto clave de las políticas de control del tabaquismo dirigidas a mujeres.

Recomendaciones

- Con frecuencia la investigación epidemiológica en general y en tabaquismo en particular no ha tenido en cuenta la perspectiva de género. Se requiere más investigación sobre las particularidades biológicas (sexo) y socioculturales (género) en la morbi-mortalidad diferencial asociada al consumo de tabaco para mejorar el conocimiento sobre el efecto del tabaco en la salud de las mujeres y los hombres.

- En tabaquismo es imprescindible la obtención de datos desagregados por sexo y el desarrollo de «indicadores sensibles al género» para la vigilancia y la evaluación.
- La existencia de diferencias de género en las conductas relacionadas con la salud y el hecho de que las principales causas de mortalidad y morbilidad en la vida adulta estén estrechamente asociadas a los estilos de vida muestran la importancia de introducir la perspectiva de género en el análisis de estas conductas, y especialmente en la planificación, ejecución, y evaluación de políticas y programas para el control del tabaquismo.
- Para integrar la perspectiva de género se requieren programas de formación destinados a los y las profesionales de todos los sectores, tanto sanitarios como políticos y del ámbito educativo.
- Es fundamental reorganizar las acciones y responder al impacto del tabaco en la vida de las mujeres, desarrollando mecanismos sensibles al enfoque de género y políticas de «empoderamiento» de las mujeres (participación en la toma de decisiones).
- La promoción de conductas saludables debe partir del análisis de las diferencias de género en las motivaciones y barreras para la adquisición de estas conductas y diseñar intervenciones a medida con evaluaciones que tengan en cuenta este diseño.
- Es recomendable potenciar la implicación gradual de mujeres activas en prevención y cesación del tabaquismo en los grupos y redes ya existentes para reforzar su posicionamiento a nivel nacional e internacional.
- Para garantizar un enfoque de género, el marco político para el control del tabaquismo debe estar integrado por:

Medidas legales, que garanticen la protección de toda la población frente a los riesgos de la exposición al HAT, y en especial de la población femenina, frente a las múltiples estrategias de promoción del uso del tabaco; disminución de la accesibilidad del tabaco (disminución y control de los puntos de venta); medidas favorecedoras de la disminución de la disponibilidad (medidas fiscales).

Medidas que permitan a la población disponer de mayor control de factores –como el tabaquismo– que ponen en grave riesgo su salud (empoderamiento), tales como medidas informativas y de sensibilización; programas educativos; y actuaciones de promoción y apoyo al movimiento asociativo frente al tabaquismo, y en el caso que nos ocupa al movimiento asociativo preocupado por la equiparación social y sanitaria de los derechos de la mujer.

Medidas asistenciales, es decir, actuaciones de promoción y apoyo de la cesación tabáquica que atiendan y sean sensibles a las necesidades de género, en especial para

los grupos de mujeres más jóvenes, y aquéllos integrados por mujeres en situación de alto riesgo sanitario y social.

Medidas de seguimiento y monitorización, tales como programas de investigación en los que se incluya una perspectiva de género y evaluación a corto, medio y largo plazo de las medidas adoptadas.

- Como aspectos concretos cabe destacar:
 - Las mujeres pertenecientes a los ámbitos socialmente más desfavorecidos deben ser población diana de las políticas destinadas a evitar el inicio y reducir el consumo.
 - Las intervenciones en el control del tabaquismo en el campo de la salud de las mujeres no han de concentrarse únicamente en la salud reproductiva.
 - El abordaje del tabaquismo en salud reproductiva no debe centrarse exclusivamente durante el embarazo sino que ha de implementarse en todo momento y más allá del parto con una perspectiva amplia de género.
 - Es importante tener en cuenta el uso no sexista en el lenguaje y un enfoque de género en los contenidos a la hora de elaborar cualquier tipo de documento divulgativo de educación sanitaria. De esta forma se harán visibles los dos sexos y poco a poco el lenguaje dejará de estar sesgado hacia el lado masculino. Las motivaciones, factores de riesgo y de protección, presiones sociales, etc. que caracterizan a cada sexo deben ser tenidas en cuenta a la hora del abordaje, prevención y tratamiento si se desean realizar intervenciones más específicas y eficaces.

