

El consumo de tabaco o tabaquismo constituye la principal causa aislada evitable de pérdida de salud, **calidad de vida** y de muerte prematura en los países desarrollados.

En España el hábito de fumar representa el **mayor problema de salud** pública tanto por su extensión como por la intensidad de la patología asociada.¹

Los patrones de consumo de tabaco están cambiando respecto al sexo, se ha producido una incorporación importante de las mujeres al hábito tabáquico.⁴

El consumo de tabaco es una epidemia que ha mostrado cambios muy importantes en su desarrollo durante los últimos años, siendo posiblemente uno de los más importantes el incremento del hábito tabáquico y la patología derivada del mismo entre las mujeres. En España, entre 1978 y 1992 se observó un descenso del porcentaje de hombres fumadores, pero la incidencia entre mujeres aumentó desde el 17% al 21,4%.²

Se puede observar, si comparamos la primera encuesta de 1987 y la de 2001 que el porcentaje de hombres fumadores ha descendido sensiblemente del 55 % al 42,1%, en contraposición con el aumento que ha experimentado el consumo en las mujeres, que ha pasado de un 23% en 1987 a un 27,2% en la Encuesta Nacional de Salud de 2001.³

En el 2003 el 31% de la población española mayor de 16 años es fumadora. Consumen diariamente tabaco, en edades comprendidas entre 16 y 24 años el 31,1% de las mujeres y el 34,8 % de los hombres, en edades comprendidas entre 25 y 34 lo consumen el 34,1% de mujeres y el 38,7 % de hombres, entre 35 y 44 años el porcentaje de mujeres es del 36 % y el de hombres 44,4%.⁴

En el avance de resultados junio 2006-enero 2007 de la Encuesta Nacional de Salud de España, el consumo diario entre la población es del 27,1%.⁵. Los

¹ Rodríguez L, Donate I, Fernández F, Salvadores J. Programa Marco. Consejo Antitabaco en Atención Primaria de Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción y Programas de Salud. Consultado el 6/6/07. Disponible en :

<http://www.princast.es/salud/promociones/tab/CONSEJO%20ANTITABACO.pdf>

² Morcillo M. Tabaco y embarazo en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid. Prev. Tab. 2001;3(1):20-25

³ Página 11 consultado en Evaluación Tecnologías sanitarias consultado el 6/6/07 en http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/40Tabaco.pdf

⁴ Encuesta Nacional de Salud 2003. Consumo de tabaco. Consultado el 6/6/07. Disponible en http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003_SN.pdf
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2003/home.htm>

⁵ Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo-INE. Encuesta de Salud de España. Avance de resultados junio 2006-enero 2007. Tablas estadísticas con datos provisionales a nivel nacional. Consultado el 6/6/07. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

varones que fuman diariamente son el 32,16 %, como podemos apreciar ha descendido del 42,1% de la de 2001, en el caso de las mujeres ha descendido al 22,10 %, si nos fijamos en las edades encontramos, entre los 16 y 24 años, un aumento de las mujeres que fuman diariamente. El porcentaje sube al 31,15%, porcentaje menor en los hombres de esa misma edad que es 25,53 %. Si observamos los datos de la personas ex fumadoras encontramos que el porcentaje de hombres es superior al de la mujeres de todas las edades (29,14 % y 13,49 respectivamente).⁶ Datos muy preocupantes ya que si estas mujeres no abandonan el consumo de tabaco, se convertirá en un gran problema de salud pública con rostro femenino.

Si se erradicara completamente el hábito, en España según datos consultados se evitarían unas 40000 muertes al año.⁷

Para el 2025, se estima que anualmente estarán ocurriendo 10 millones de muertes relacionadas con el consumo de tabaco en el mundo.⁸

El cáncer es una de las enfermedades más prevalentes y la primera causa de muerte en España y en la Unión Europea. En nuestro país, provoca aproximadamente unas 90.000 defunciones al año, lo que supone un 25,6% de todas las muertes y la incidencia anual de nuevos casos se sitúa en torno a los 162.000. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más del 40% de todos los cánceres se pueden prevenir. Sin embargo, el pronunciado aumento de algunos factores de riesgo, como el consumo de tabaco y la obesidad, está contribuyendo a aumentar la incidencia de la enfermedad.⁹

El primer objetivo que se plantea el Ministerio de Sanidad y Consumo en su Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud es situar la prevalencia de personas ex fumadoras por encima del 23%. Considera persona fumadora a toda aquella

⁶ Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Consultado el 6/6/07. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/webTablasAvancePubl.xls#Tabla_1.6!A1 <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

⁷ Rodríguez L, Donate I, Ferández F, Salvadores J. Programa Marco. Consejo Antitabaco en Atención Primaria de Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción y Programas de Salud. Consultado el 6/6/07. Disponible en :

<http://www.princast.es/salud/promociones/tab/CONSEJO%20ANTITABACO.pdf>

⁸ Amariles P, Machuca M, Jiménez A, Silva-Castro M, Sabater D, Baena M. Riesgo Cardiovascular: componentes, valoración e intervenciones preventivas. Ars. Pharmaceutica, 45:3;187-210, 2004

⁹ Basado en el documento del Ministerio de Sanidad y Consumo "Resumen Estrategias en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para Sistema Nacional de Salud. Pag 9

persona que consume tabaco a diario, independientemente de la cuantía, por otro lado considera ex fumadoras a todas aquellas personas que han dejado de fumar hace, al menos, un año.¹⁰ Como podemos observar en los en el avance de resultados junio 2006-enero 2007 de la Encuesta Nacional de Salud de España, el objetivo de situar la prevalencia de personas ex fumadoras por encima **del 23 %** está conseguido en los hombres con un 29,14 % pero queda lejos en el caso de las mujeres cuyo porcentaje de ex fumadoras es del 13,49 %.

En nuestra **Comunidad Autónoma** en el transcurso de las últimas décadas se ha producido una incorporación importante de las mujeres al hábito tabáquico. Así se puede observar en el año 1999 que la prevalencia de mujeres que fuman a diario está muy próxima a la que presentan los hombres (37% y 40% respectivamente).¹¹

En Asturias, en el año 2001, se estimaba que el tabaquismo era responsable de seis muertes diarias; se le atribuían el 40% de las muertes por enfermedad respiratoria, el 26% de las ocasionadas por cáncer y el 23% de las provocadas por enfermedad cardiovascular. En el año 2002 el 29% de la población asturiana mayor de 14 años fumaba a diario (25% de las mujeres y el 33 % de los hombres) y el 16,3% era ex fumadora (48801 mujeres y 109897 hombres) de al menos 6 meses.^{12,13}

Utilizando datos de la Encuesta de Salud para Asturias del año 2002, en la actualidad el tabaco constituye el elemento tóxico más extendido y cuyo hábito de consumo genera en nuestra Comunidad Autónoma más de 2.800 muertes al año, un 23% del total de los fallecimientos, además de una considerable lista de patologías.

Un tercio de la población asturiana entrevistada menciona fumar habitualmente, de ella un 85 % diariamente y el resto de vez en cuando. Por género, en el conjunto de de la muestra fuman más hombres que mujeres (37% y 28 % respectivamente), en relación a la proporción de hombres ex fumadores es más

¹⁰ Basado en el documento del Ministerio de Sanidad y Consumo “Resumen Estrategias en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para Sistema Nacional de Salud. Pag 33 y 45

¹¹ Pag 25 “La Salud de las Mujeres”. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2002.

¹² Basado en el Protocolo de deshabituación tabáquica del SESPA (p.12 ss)

¹³ Mujer y humo de tabaco. Consultado el 6/7/07. Disponible en: http://www.ensp.org/files/shs_seminar_final_es.pdf mujer y humo de tabaco

de dos veces la de las mujeres (23,8 % hombres ex fumadores y 9,6% mujeres ex fumadoras).¹⁴

Por edades, la mayor proporción de personas fumadoras sucede en los grupos de menor edad, personas jóvenes (45,5 %) y personas entre 30-44 años (46%). Si analizamos el hábito tabáquico en las mujeres más del 90 % de las mujeres mayores mencionan no haber fumado nunca. Esta proporción va bajando a medida que bajamos de grupo etario hasta un 47 % del las mujeres de 16 a 29 años. Por clase social, aumenta la prevalencia de fumadores/as en las clases sociales más bajas. La clase social con menor prevalencia de consumo es la más alta. El 24 % de las personas ex fumadoras de más de 6 meses seguidos, refieren como motivo para dejar de fumar el consejo de médico/a. Por sexo, las mujeres suelen referir una mayor frecuencia preocupación sobre efectos nocivos que en hombres (29% sobre 24%). En el caso de las personas jóvenes la presión social o familiar motivó más, sobre todo a los hombres, para abandonar el consumo del tabaco.¹⁵

En el año 2003, un 40% de las personas en Asturias de 15 a 64 años declaró haber fumado en el último año, y un porcentaje ligeramente inferior (36,5%) haberlo hecho en el último mes. Manifestaron consumir tabaco a diario, con una proporción ligeramente superior en mujeres que en hombres (31 % frente al 29,5%).¹⁶ Estos últimos datos, teniendo en cuenta que en la Encuesta de Salud de Asturias de 2002 la población encuestada es ser mayor de 15 años y no institucionalizada y en este estudio son personas entre 15 y 64 años, se observa la inversión de datos por sexo, en la encuesta de 2002 fumaban diariamente un 33% de los hombres y el 24% de las mujeres y en el 2006 se invierte el porcentaje, fumando el 31% de las mujeres, porcentaje que aumenta más de 6 puntos y el de hombres baja más de 3 puntos. Datos que confirma nuestra preocupación por el aumento del tabaquismo entre mujeres.

En el **2004** se han producido en Asturias alrededor de 2400 fallecimientos ocasionados por el tabaco, lo que supone que casi una de cada cinco muertes

14 Encuesta de Salud para Asturias. Análisis Global. Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. 2002.Consultado el 6/6/07. Disponible en <http://www.princast.es/salud/planes/hojas/hoja10.pdf>

15 Encuesta de Salud para Asturias. Análisis Global. Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. 2002.Consultado el 6/6/07. Disponible en <http://www.princast.es/salud/planes/hojas/hoja10.pdf>

16 Observatorio sobre drogas en Asturias. 2006. consultado el 6/7/07. disponible en:<http://tematico.asturias.es/salud/plan/noticias/imginc/infodrog06.pdf>

sucedidas en nuestra región es debida al consumo de tabaco. Aproximadamente casi tres cuartas partes de las mismas afectaron a hombres y algo más de un tercio a mujeres. Entre 1987 y el 2004 aumentó el número de fallecimientos originados por el tabaco. En cuanto a la tendencia diagnóstica, es preciso reseñar que en los hombres se evidencia un aumento en las muertes por neoplasias y una reducción en las de origen cardiovascular, mientras que en las mujeres se produjo un incremento notable en los tumores malignos, a causa del cáncer de pulmón, que se incrementó en más de un 60% entre las dos fechas reseñadas.¹⁷

Datos sacados del informe del Observatorio sobre Drogas en Asturias de **2006** apunta que el tabaquismo supone el mayor riesgo para la salud de los jóvenes. Tal es su magnitud que se puede decir que supera ampliamente al conjunto de todos los riesgos que habitualmente se consideran en los estudios epidemiológicos como el alcohol, drogas ilegales, enfermedades de transmisión sexual y accidentes de tráfico. Se aprecian proporciones de consumidores (drogas) mayores en los chicos que en las chicas, exceptuando los casos de tabaco y alcohol, en donde la frecuencia de utilización es ligeramente mayor en las chicas. En el año 2004 casi uno de cada tres jóvenes (31%) manifiesta ser fumador y un 23% afirma consumir tabaco diariamente. La prevalencia de fumadores aumenta progresivamente con la edad, de manera que a los 24 años un 35% ya reconoce fumar. El tabaco, según el informe, es la sustancia con la que primero se toma contacto, de forma que a los 13 años de edad se hace uso por primera vez y un año más tarde los consumos parecen estar bastante establecidos. En esta etapa de la vida, sigue aportando el informe, es notorio que las chicas fuman en mayor proporción que los chicos, 37 % en ellas por 25% en ellos. Esta circunstancia se puso de manifiesto en el año 1992 y desde entonces este patrón se ha mantenido inalterable hasta hoy. Merece la pena reseñar que aproximadamente uno de cada diez jóvenes que fueron fumadores abandonó el hábito, y que la gran mayoría de los jóvenes que fuma está poco conforme con esta adicción y ya se ha planteado dejarlo (85%), si bien, sólo lo ha intentado la mitad. La evolución del consumo de tabaco en jóvenes en Asturias desde 1994 a 2004, dibuja un panorama en el que los

¹⁷ Observatorio sobre drogas en Asturias. 2006. consultado el 6/7/07. Disponible en: <http://tematico.asturias.es/salud/plan/noticias/imginc/infodrog06.pdf>

porcentajes de fumadores diarios parecen sufrir un retroceso en los últimos diez años, de todas maneras, esta regresión a tasas menores no ha sido todo lo rápida e intensa que debería, si la comparamos con lo sucedido en otros países de Europa. En Asturias, esta disminución se pone de manifiesto sobre todo en el caso de los chicos donde se observa un descenso de los porcentajes que pasan del 20,4% al 17,1% , mientras que en las chicas se aprecia una tendencia más estable en las tasas situándose en torno al 28 % al inicio y final de este mismo período de tiempo estudiado.¹⁸

De no corregirse, estas altas prevalencias de fumadoras jóvenes, esta tendencia punta a un notable incremento del uso de tabaco entre el colectivo femenino en los próximos años.¹⁹

En diferentes estudios realizados sobre la salud de las mujeres y el tabaco, además de las muertes y de las enfermedades asociadas al tabaco, como el cáncer de pulmón, el infarto o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el consumo de tabaco parece asociarse con la osteoporosis, y un menopausia precoz. Por otra parte, las enfermedades cardiacas se agravan sí, además del tabaco, usamos anticonceptivos orales.^{20,21,22}

Con relación a la osteoporosis muchas estrategias preventivas pueden utilizarse utilizadas en mujeres jóvenes las cuales todavía tienen la oportunidad de construir y mantener sus huesos fuertes. Una de las estrategias son los programas para dejar de fumar. Dejar de fumar es importante. Una mujer que para de fumar antes de la menopausia reducirá en una cuarta parte su riesgo de fracturas.²³

Los resultados de un estudio prospectivo de un equipo de California Department of Health Service, de Oakland (Estados Unidos), señalan que fumar aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

¹⁸ Observatorio sobre drogas en Asturias. 2006, consultado el 6/7/07. Disponible en: <http://tematico.asturias.es/salud/plan/noticias/imginc/infodrog06.pdf>

¹⁹ EDIS.Equipo de Investigación Sociológica. El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino. Madrid: Instituto de la Mujer;2000.

²⁰ Pag 27“La Salud de las Mujeres”.Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2002.

²¹ Women and the Tobacco Epidemic. Tobacco Challenges for the 21st Century. The World Health Organization. In collaboration with the Institute for Global Tobacco Control. Johns Hopkins School of Public Health. WHO/NMH/TF1/01.1.Edited by Jonathan M. Samet. Soon-Young Yoon. Canada;2001 <http://personales.unican.es/ayestaf/esh/Women%20and%20the%20tobacco%20epidemic%2021.pdf>

²² Ruiz-Giménez N , González P, Suárez C.Abordaje del accidente cerebrovascular. Sistema Nacional de Salud. Vol.26-4-2002. consultado el 10/6/07 en http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200204_1.pdf

²³ Women, Ageing and Health. World Health Organization.Geneva.1998

Este riesgo se incrementa con la intensidad y, en menor grado, con la duración del hábito²⁴

Otros estudio también relacionados con el cáncer de mama y tabaco, señalan que las mujeres que fuman en su adolescencia podrían encontrarse en un mayor riesgo de desarrollar este tipo de cáncer en la madurez, en contraste con aquellas que no fuman. Los autores señalan que estos resultados indican que los tejidos mamarios son muy sensibles a los carcinógenos medioambientales durante períodos de rápida proliferación celular, cuando la diferenciación es incompleta.²⁵

En un estudio publicado recientemente en una revista de alto impacto, encontraron que el riesgo de cáncer de mama que origina el consumo de cigarrillo aumenta en las mujeres jóvenes sin hijos.²⁶

Otro estudio de investigación parte de que los efectos negativos del uso del tabaco atraviesa género, razas y estratos sociales, pero la morbilidad y la mortalidad de fumar cigarrillos está subiendo en mujeres, las cuales son vulnerables a riesgos específicos relacionados con el género como la osteoporosis, fracturas de cadera y de dar a luz bebés con bajo peso y defectos de nacimiento. La evidencia, siguen comentando, es simple y clara, el dejar de fumar promueve la salud y reduce la morbilidad y mortalidad de múltiples enfermedades. Dos factores pueden ayudar a reducir el predominio del tabaquismo, del 49 al 90% de las personas fumadoras desean dejar de fumar y el 70 % de las personas fumadoras visitan a profesionales de la salud cada año.²⁷

En un estudio realizado en Canadá, en personas fumadoras habituales (personas que fumaban todos los días u ocasionalmente) encontraron que el 94% de las mujeres y el 83% de los hombres visitaron a un profesional de la salud (médico, dentista, en los anteriores 12 meses, el 55 % de los hombres y el 53 % de las mujeres habían recibido consejo para abandonar el consumo de

²⁴ Peggy Reynolds, Susan Hurley, Debbie E. Goldberg, Hoda Anton-Culver, Leslie Bernstein, Dennis Deapen. Active Smoking, Household Passive Smoking, and Breast Cancer: Evidence From the California Teachers Study. *Journal of the National Cancer Institute* 2004; 96:29-37

²⁵ Fumar durante la adolescencia aumenta el riesgo de cáncer de mama. *Jano On-line* 07/10/2002 09:13 *Lancet* 2002; 360:1044-1049

²⁶ Mina Ha^{1,2}, Kiyohiko Mabuchi¹, Alice J. Sigurdson¹, D. Michal Freedman¹, Martha S. Linet¹, Michele Morin Doody¹ and Michael Hauptmann^{3*} Smoking Cigarettes before First Childbirth and Risk of Breast Cancer. *American Journal of Epidemiology* 2007;166:55-61

²⁷ Giarell E. *Clinical Journal of Oncology Nursing* • Volume 10, Number 5 • Prevention and Wellness. 2006.

tabaco o reducirlo, y el 56% de los hombres y el 55 % de las mujeres habían recibido información sobre ayudas para dejar de fumar (programas de consejo, parches etc).²⁸ En este estudio podemos encontrar que a pesar de que las mujeres acuden más que los hombres a visitar a personal de salud reciben menos consejo que los hombres sobre el abandono del consumo de tabaco.

El tabaquismo entre las mujeres representa un problema de salud pública muy importante. Su prevalencia ha ido aumentando en los últimos años tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En nuestro país empiezan a observarse las consecuencias en relación a la mortalidad atribuible al tabaquismo. Son especialmente preocupantes las tasas de prevalencia observadas en jóvenes de 16 a 24 años, situándose en el caso de las mujeres por encima de los varones. El tabaquismo femenino presenta características diferenciales de género no sólo en el campo de la salud sino también en aquellos aspectos involucrados en la iniciación, el mantenimiento y el abandono del hábito tabáquico.²⁹

Parece ser que si hasta ahora el rostro del tabaquismo era el de un hombre, próximamente podemos tener, si los datos no cambian un rostro de mujer.

Otro estudio de investigación parte de que los efectos negativos del uso del tabaco atraviesa género, razas y estratos sociales, pero la morbilidad y la mortalidad de fumar cigarrillos está subiendo en mujeres, las cuales son vulnerables a riesgos específicos relacionados con el género como la osteoporosis, fracturas de cadera y de dar a luz bebés con bajo peso y defectos de nacimiento. La evidencia, siguen comentando, es simple y clara, el dejar de fumar promueve la salud y reduce la morbilidad y mortalidad de múltiples enfermedades. Dos factores pueden ayudar a reducir el predominio del tabaquismo, del 49 al 90% de las personas fumadoras desean dejar de fumar y el 70 % de las personas fumadoras visitan a profesionales de la salud cada año. ³⁰

28 Smoking-Cessation Advice from Health-Care Providers --- Canada, MMWR.2005.July 20, 2007/56 (28);708-712. Consultado el 3/7/07.Disponible en:

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5628a3.htm>

²⁹ Jané Mireia. Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. Dirección General de Salud Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Adicciones. (2004).Volumen 16. Suplemento 2

³⁰ Giarell E. Clinical Journal of Oncology Nursing • Volume 10, Number 5 • Prevention and Wellness.2006.

Dejar de fumar produce beneficios importantes e inmediatos en la salud de hombres y mujeres de todas las edades, tengan o no enfermedades relacionadas con el tabaco. Muchas personas que fuman necesitan ayuda para dejar de fumar, cada persona fumadora que pasa por la consulta de un centro de salud y no recibe consejo anti-tabaco es una oportunidad perdida para la prevención.³¹

Según la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias se ha observado en el varón una mayor incidencia de abandonos del hábito tabáquico y que el número de recaídas al año de abandono es más frecuente en las mujeres.³²

Según Becoña hay evidencias de que existen diferencias en algunos factores fisiológicos, psicológicos y conductuales entre las fumadoras y los fumadores, sigue comentando en su artículo que no está claro si estas diferencias influyen en la capacidad de dejar de fumar o permanecer abstinentes. Aunque la investigación sugiere que las mujeres logran los mismos beneficios que los hombres de las intervenciones para dejar de fumar, las mujeres pueden tener que afrontar otro tipo de obstáculos y barreras para dejar de fumar que se deben tener en cuenta durante el tratamiento. Esto incluye, fundamentalmente, la depresión, el apoyo social y el miedo a ganar peso. Las necesidades de las mujeres y la respuesta al tratamiento con sustitutivos de nicotina puede ser diferente a la de los hombres.³³

Un estudio apunta que las mujeres tratadas para dejar de fumar en un programa de deshabituación tabáquica con características específicas de género obtienen mayor tasa de éxito a corto o medio plazo que las tratadas dentro de programas no específicos. Se ha podido identificar en este estudio, como factores pronóstico de éxito la convivencia con una pareja no fumadora, el nivel de formación, la dependencia de la nicotina, la existencia de intentos previos de cesación y la buena cumplimentación. Además han identificado como factores determinantes de la recaída la situación social, el estrés y la

³¹ Basado en el Protocolo de deshabituación tabáquica del SESPA (p.12 ss)

³² Página 35 Evaluación Tecnologías sanitarias consultado el 6/6/07 en http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/40Tabaco.pdf

³³ Pag 19 Becoña E, Vázquez L .Las mujeres y el tabaco. Rev. Esp. Salud Publica 2000, Vol. 74, nº 1 <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v74n1/mujeres.pdf>

sensación de control sobre el consumo. Todos estos factores tienen distinto impacto en dependencia del género observado y deben tener un tratamiento específico en un programa de deshabituación con componente de género. Las autoras del estudio identifican como factores diferenciadores por género en tabaquismo la dependencia de la nicotina, los motivos que justifican en el cambio de marca de tabaco, los motivos de recaída, tras intentos previos de cesación y los factores motivadores para desear dejar de fumar. El mismo estudio recomienda la realización de más tratamientos similares para obtener una muestra necesaria que permita realizar una extrapolación de los datos de manera correcta. En este estudio faltaría la evaluación a largo plazo.³⁴ Este estudio, en caso de encontrar en nuestra investigación un sesgo de género en las intervenciones que se realizan en los centros de salud podría orientarnos a futuras investigaciones sobre intervenciones con perspectiva de género dirigidas a mujeres fumadoras.

Estudios realizados indican la importancia de investigar para descifrar la combinación más eficaz de las estrategias para el tratamiento eficaz del tabaco, particularmente en lo referente al uso de tabaco en mujeres que parece necesitar una atención especial. Muy importante para tener en cuenta en el cuidado médico de las mujeres³⁵

La accesibilidad de las mujeres fumadoras a las estrategias para dejar de fumar, unido a las actitudes del personal sanitario son muy importantes, ya que la magnitud del problema y la tendencia ascendente del hábito de fumar en el caso de las mujeres puesto que, además de padecer las enfermedades ya conocidas en los hombres presentan otras enfermedad específicas propias, las intervenciones pueden ser intensificadas todavía más por aproximaciones más especializadas, basándose en la mejor comprensión de las diferencias individuales.³⁶

³⁴ Nerín y colb .Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica con componente específico diferenciador para el colectivo femenino. Investigación 2000-2001consultado en http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/2001/541p.pdf

³⁵ Cullen V, Seltzer V., Efferen L., Kohn N. Women and tobacco dependence.Clin N Am 88 (2004) 1467–1481

³⁶ Pag 20 Becoña E, Vázquez L. Las mujeres y el tabaco .Rev. Esp. Salud Publica 2000, Vol. 74, nº 1 Consultado el 6/6/07 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17000103.pdf>

El tabaquismo reúne los criterios generalmente utilizados para tomar decisiones sobre la puesta en marcha de programas sanitarios de promoción de la salud y de prevención y control de la enfermedad.

En este sentido los Equipos de Atención Primaria de Salud son una de las piezas imprescindibles en cualquier plan de lucha antitabáquica, contribuyendo a disminuir la prevalencia del hábito a través de las actuaciones de educación sanitaria (personalizada y/o grupal) dirigida entre otras a reducir el número de fumadores, identificando, aconsejando y ayudando al mayor número posible de fumadores para que consigan dejar de fumar.

La Atención Primaria es un ámbito privilegiado para el desarrollo de programas de deshabituación tabáquica, ya que sus profesionales sanitarios tienen una situación de privilegio y una credibilidad que puede utilizar positivamente, el acto de la consulta tanto médica como de enfermería es un momento en el que los pacientes están especialmente receptivos a cualquier mensaje de salud (incluyendo mensajes preventivos que no estén relacionados aparentemente con el motivo de consulta).

La Atención Primaria es un arma poderosa de cara a los programas de deshabituación tabáquica dada su elevada cobertura en términos poblacionales superior al 95% en Asturias. Así según datos del Insalud de 1996, el 41% de la población mayor de 14 años visitó al profesional de Atención Primaria por lo menos una vez en ese año. Además según las publicaciones de nuestras autoridades sanitarias el 70% de las personas fumadoras visitan a su médico durante el año, siendo la frecuentación media de 5,5 visitas anuales, esto proporciona al personal sanitario de Atención Primaria múltiples oportunidades de aconsejar a quienes todavía no han pensado en dejar de fumar, y de ayudar a aquellas personas fumadoras que quieren intentarlo. También de felicitar a las personas que no fuman para mantenerse libres de consumo de tabaco.

También las mismas publicaciones refieren que entre el 60 y el 90% de las personas fumadoras quieren dejar de serlo y consideran que ser avisados por su médico en este sentido sería un punto importante en la definitiva toma de la decisión.

Otro de los motivos de idoneidad de las consultas de Atención Primaria es que el profesional sanitario ya está realizando esta actividad, tanto el personal médico como de enfermería.

La intervención del profesional sanitario para ayudar a las personas fumadoras a dejar de fumar, es una actividad muy importante en el contexto de su tarea de prevención de enfermedades y de mejora de la salud.

El Plan de Salud para Asturias recogía como objetivo para el año 2005, reducir la prevalencia del hábito tabáquico en un 20%, para conseguirlo proponía varias líneas de actuación entre las que destacamos *“establecer espacios en el sistema sanitario para el consejo antitabáquico en Atención Primaria de Salud, basado en criterios de efectividad probada de la intervención y de extensión y gravedad del problema”*³⁷

Desde el conocido estudio de Russel MAH en 1979, se considera reconocido que la eficacia del **consejo breve** desde Atención Primaria de Salud incrementa aproximadamente en un 2'5% la proporción de abandonos del tabaco de los que lo reciben respecto a los que no, además, si a este consejo se le añade una oferta de seguimiento, se pueden alcanzar abstinencias que oscilan entre el 5% y el 10%. Las terapias con sustitutivos de la nicotina y/o ansiolíticos pueden duplicar estas probabilidades de abandono del hábito. El apoyo de material impreso según diversos estudios puede aumentar la eficacia de la intervención.

Según el informe nº 40 de septiembre de 2003 (Ministerio de Sanidad y Consumo y del Instituto Carlos III) de Evaluación de Tecnologías sanitarias una de las intervenciones de más eficacia tiene en el tratamiento del tabaquismo es la terapia grupal (eficacia OR (IC 95%) de 2,19), según este informe esta terapia resulta más coste-efectiva.

La terapia grupal tiene un valor añadido, que consiste en ofrecer a los individuos que están en el proceso de dejar de fumar el apoyo mutuo y la oportunidad de aprender técnicas de comportamiento para conseguir su objetivo, la abstinencia Tabáquica.³⁸

³⁷ Basado en el documento Consejo Antitabaco en Atención Primaria de Salud de la Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Asturias.(p.5 ss)

³⁸ Citado documento “Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar”.Informe de evaluación de Tecnologías Sanitarias nº 40 Madrid, Septiembre 2003.Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. (pag. 8)http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/40Tabaco.pdf

Según el documento técnico nº 80 del Instituto de Salud pública de Madrid³⁹ las ventajas del tratamiento grupal son la reducción del coste-efectividad, se comparte información, universalidad, sentimiento de que no se está solo, altruismo, deseo de ayudar a los demás, conducta imitativa y presión de grupo, el hecho de que uno deje de fumar y lo consiga lo hace más fácil a los demás, cohesión y solidaridad y extroversión. La Educación para la Salud grupal consigue aumentar el nivel de compromiso, sintiéndose los componentes del grupo comprendidos y apoyados por los que tienen el mismo problema.

En nuestros Centros de Salud, desde hace tiempo y siguiendo el protocolo de deshabituación tabáquica, se están realizando intervenciones de consejo, apoyo y seguimiento a las personas fumadoras que quieren mantenerse sin fumar. Estas indicaciones empiezan con la detección del hábito tabáquico con felicitación en caso negativo, en las personas fumadoras se identificará la fase de motivación o estadio de Prochaska, que orientará al profesional sobre el tipo de ayuda a ofrecer a cada persona.⁴⁰

Incluir, en las investigaciones, un enfoque de género implica reconocer que, por las circunstancias que sean, varones y mujeres se ven afectados de una manera distinta --y consecuentemente reaccionan también de un modo diferente-- por un determinado problema. En el campo sanitario el enfoque de género permite un mejor diagnóstico --y por ello un mejor abordaje-- de las circunstancias concretas que afectan a la salud, a la enfermedad, a la manera de enfrentarse a ellas y a las consecuencias que se derivan. El enfoque de género es especialmente relevante en los trastornos conductuales (donde se encuadran las adicciones), ya que, sea por circunstancias genéticas, hormonales o ambientales, es en la conducta donde mayores diferencias se observan entre mujeres y varones.

Cuando se asume que en un determinado campo no existe enfoque de género, lo que habitualmente ocurre es que inconscientemente predomina la visión o el sesgo natural de quienes han realizado el análisis. Así, muy frecuentemente, los estudios sobre salud en general, o sobre adicciones en particular, se han hecho con un enfoque inconsciente de género masculino, que es el que ha

39 citado en documento "Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del Área 3. Documentos técnicos de Salud Pública nº 80. Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid;2003. (pag.22) <http://www.publicaciones-isp.org/productos/dt80.pdf>

⁴⁰ ver Algoritmo del proceso de atención de las personas fumadoras en Guías de Actuación de atención Primaria. Protocolo de deshabituación tabáquica. SESPA.2005

predominado a lo largo del desarrollo científico del siglo XX. En parte, esto viene también justificado porque, históricamente, la mayor parte de adicciones -también el tabaquismo-- han afectado mayoritariamente a varones.

Todos los métodos que han demostrado eficacia en la cesación del tabaquismo en varones, son también válidos para mujeres. Pero esto no quiere decir que sean igualmente válidos; quiere decir que con ellos se alcanza una eficacia superior al placebo. Al igual que los adolescentes pueden requerir, por su diferencia de edad y de expectativas, tratamientos especiales para su tabaquismo (a pesar de que en ellos también sean eficaces los recursos habituales), las mujeres --o determinados grupos de ellas-- pueden requerir un abordaje más específico que tenga en cuenta sus necesidades y expectativas diferenciadas.⁴¹

Los estudios de investigación con perspectiva de género se plantean por estar convencidos que la salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores, explicados en parte por el género, que afectan de una manera injusta la salud de las personas. Los roles ocupacionales y familiares son primordiales en la vida de la mayoría de los adultos y por lo tanto han sido utilizados con frecuencia como ejes en la investigación de las desigualdades en salud según el género. El trabajo, tanto el productivo (remunerado) como el reproductivo (no remunerado), tiene unas complejas relaciones con el género y con la salud, pues traduce las estructuras normativas de socialización y oportunidades. El análisis desde el punto de vista del género ayuda a comprender las relaciones entre sociedad y salud porque, por un lado dependen de una base biológica que tiene características diferentes para mujeres y hombres y, por otro, del contexto social en el cual nos desenvolvemos.⁴²

Algunos estudios muestran evidencias del sesgo de género en el proceso de atención sanitaria. Los estudios han sido llevados a cabo desde el áreas de las

⁴¹ Rosal, L. de la; Otero, M.; Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales = Women and smoking Trastornos adictivos 2004 ; 6(2) : 113-124.
http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pidet_articulo=13059445&pidet_usuario=0&pidet_revista=182&fichero=182v06n02a13059445pdf001.pdf&ty=4&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es

⁴² Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac. Sanit. 2000;14 (Supl. 3):60-71.

ciencias sociales, y más recientemente desde ciertas especialidades de la medicina. Debería ser alterado el actual casi monopolio de la investigación sobre sesgo de género en enfermedades cardiovasculares, a través del desarrollo de investigación sobre sesgo de género en la asistencia sanitaria de otros problemas de salud. En relación al sesgo de género en la atención sanitaria, al diseñar una investigación se tiene que tener en cuenta las diferencias en la naturaleza entre hombres y mujeres y en sus roles.⁴³

El análisis de género en la evaluación de los proyectos, implica una referencia sistemática a los diferentes impactos de las actividades del proyecto en hombres y mujeres. El análisis de género, en el contexto de valorar la prevalencia del tabaquismo al igual que en otros campos, afirma que las relaciones de poder que involucran clase, raza, etnia, edad y ubicación geográfica interactúan con el género y producen desigualdades complejas y ocultas que inciden en el cambio social en general. Un abordaje de género de la evaluación de la situación desde una perspectiva de género desglosará, por ejemplo, los datos por sexo, analizará la división sexual del trabajo y comprenderá las desigualdades de género en el acceso y control de los recursos y a las actividades relacionadas con el tabaco realizadas desde los centros de salud.⁴⁴

INWAT-Europa, además de concienciar sobre la magnitud del tabaquismo femenino como problema sanitario, recomienda integrar la perspectiva de género en la investigación y diseñar programas estratégicos específicos para la mujer. Colabora con organizaciones de Europa y de todo el mundo, estimula el liderazgo de las mujeres y ofrece apoyo para avanzar en políticas de control del tabaco.⁴⁵

La evaluación de los proyectos tiene que ser participativa, por lo que introducimos una evaluación cualitativa de los resultados en el proyecto. Requiere el compromiso de los grupos de base o que trabajan en la comunidad y a la que dirige sus servicios, por lo que en la evaluación de los resultados

⁴³ Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral M, Fernández T, Yago T. Perspectivas de Género en Salud. Madrid:Minerva;2001.

⁴⁴ Adaptado del documento: Chat García Ramilo, Cheekay Cinco Metodología de Evaluación con perspectiva de Género para proyectos de tecnología de la información y la comunicación. Asociación para el Progreso de las Comunicaciones APC Programa de Apoyo a las Redes de Mujeres.2005.

⁴⁵ Consultado el 6/7/07.Disponible en <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/192/29168/part2?++interactivo>

participaran la población y el personal sanitario. El proceso debe involucrar a todas las partes interesadas y sus resultados ser devueltos a ellas para afirmar su confianza⁴⁶

⁴⁶ Adaptado del documento: Chat García Ramilo, Cheekay Cinco Metodología de Evaluación con perspectiva de Género para proyectos de tecnología de la información y la comunicación. Asociación para el Progreso de las Comunicaciones APC Programa de Apoyo a las Redes de Mujeres.2005.