

EL CONSUMO DE TABACO EN EUSKADI DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Siis

Centro de
Documentación
y Estudios
Dokumentazio
eta Ikerketa
Zentroa

Fundación Eguía-Careaga Fundazioa

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Objetivos	4
1.2. Metodología y estructura del informe	5
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE CONSUMO DE TABACO Y GÉNERO	7
2.1. Objetivos y metodología	7
2.2. Diferencias de género en el inicio del consumo de tabaco.....	9
2.3. Diferencias de género en la prevalencia e intensidad del consumo de tabaco.....	15
2.4. Diferencias de género en el abandono del consumo de tabaco.....	21
2.4.1. Factores biológicos, psicológicos y relacionales que facilitan o dificultan el abandono del tabaquismo en hombres y mujeres	21
2.4.2. El impacto de las desigualdades socioeconómicas en el abandono del tabaquismo de hombres y mujeres	24
2.4.3. Resultados de los programas de abandono del tabaquismo en hombres y mujeres	27
2.5. Conclusiones.....	30
2.6. Bibliografía	44
3. EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE TABACO EN EUSKADI DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	47
3.1. Objetivos y metodología	47
3.2. Evolución de los principales indicadores de consumo	48
3.2.1. Un proceso de convergencia entre los consumos de hombres y mujeres que comienza a revertir en los últimos años	48
3.2.2. El peso del factor edad en el proceso de (des)convergencia de los consumos de hombres y mujeres	51
3.2.3. Cambios en la composición del colectivo fumador	54
3.3. Diferencias de género en relación al abandono del consumo de tabaco	56
3.4. Diferencias de género en cuanto a la percepción de los riesgos asociados al consumo de tabaco	58
3.5. Diferencias de género en los consumos de tabaco y otras drogas	60
3.6. Impacto diferencial del estatus socioeconómico y la edad en el consumo de tabaco en mujeres y hombres en Euskadi	62
3.6.1. Consumo reciente de tabaco, sexo y edad	62
3.6.2. Consumo reciente de tabaco, sexo y estatus socioeconómico	63
3.6.3. Abandono del consumo de tabaco, sexo y edad	65
3.6.4. Abandono del consumo de tabaco, sexo y estatus socioeconómico	67
3.7. Conclusiones.....	69

4. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL INICIO, EL MANTENIMIENTO Y EL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO: ANÁLISIS CUALITATIVO	73
4.1. Introducción y metodología	73
4.2. Diferencias de género en el inicio del consumo de tabaco.....	74
4.3. Diferencias de género en el mantenimiento del consumo de tabaco	82
4.4. Diferencias de género en los procesos de abandono del consumo.....	88
4.4.1. Motivaciones para el abandono del consumo.....	88
4.4.2. Principales dificultades en el proceso de deshabituación	94
4.4.3. Los contextos y los estímulos asociados a las recaídas	97
4.5. Valoración de los programas de prevención y abandono del consumo de tabaco y su análisis desde una perspectiva de género	100
4.5.1. Diseño e implementación de los programas de prevención del consumo de tabaco.....	100
4.5.2. Diseño e implementación de los programas de deshabituación tabáquica	102
4.5.3. Valoración del programa de deshabituación tabáquica de Osakidetza	107
4.6. Conclusiones	113

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivos

El objetivo de este estudio es el de analizar el consumo de tabaco en Euskadi desde una perspectiva de género y, más concretamente, analizar los factores que determinan el consumo de tabaco por parte de las mujeres en Euskadi. En ese sentido, lo que se pretende con este trabajo es, por una parte, identificar las diferencias que existen entre hombres y mujeres y, por otra, entre mujeres con diversos perfiles desde el punto de vista de la edad o el estatus socioeconómico, en lo que se refiere a cuatro grandes aspectos:

- el inicio en el consumo de tabaco, sus causas y las circunstancias que lo rodean;
- la evolución en las tasas y patrones de consumo de hombres y mujeres;
- los procesos de abandono del tabaco, tanto en lo que se refiere a las causas que lo motivan como a los factores que lo impulsan y las dificultades con las que se encuentran las mujeres fumadoras en sus procesos de deshabituación;
- el diseño y la implementación de los programas de prevención y deshabituación, especialmente desde el punto de vista de su adecuación a las necesidades específicas de las mujeres fumadoras.

Si bien, como se ha señalado, el objetivo general del trabajo realizado es el de analizar el consumo del tabaco en Euskadi desde una perspectiva de género, el énfasis del análisis se ha puesto en el colectivo femenino, en la medida en que se considera que –pese a su masiva incorporación al consumo de esta y otras sustancias durante los últimos años–, ni los programas de prevención ni los de tratamiento y deshabituación toman suficientemente en cuenta las circunstancias que rodean el consumo de tabaco por parte de las mujeres. En ese sentido, el objetivo del informe es el de contribuir a una mejor comprensión de los factores diferenciales que subyacen al consumo femenino de tabaco en Euskadi y, con ello, a mejorar el diseño y la aplicación de los programas de prevención y tratamiento en Euskadi.

1.2. Metodología y estructura del informe

Si bien este no es el primer trabajo que analiza monográficamente la cuestión de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en Euskadi, sí es uno de los primeros que se centran, en el contexto vasco, en el consumo femenino de tabaco y en las diferencias que existen entre mujeres y hombres –y entre las propias mujeres– en relación a esa cuestión.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo combina tres aproximaciones diferentes y, en cierto modo, complementarias:

- Por una parte, se ha realizado una revisión de la evidencia científica más reciente en relación a las diferencias de género en relación al consumo de tabaco. Se han revisado y analizado para ello un total de 45 investigaciones empíricas publicadas a partir del año 2007, con el objetivo de identificar el impacto que la construcción social de los roles de género tiene tanto en lo que se refiere al inicio en el consumo de tabaco como en lo que se refiere a las pautas de consumo y a las posibilidades de abandono del mismo. También se ha intentado determinar en qué medida los factores sociodemográficos que explican los consumos de drogas y, en este caso, de tabaco (edad, nivel de estudios, estatus socioeconómico...) inciden de forma diferente en hombres y en mujeres. Los resultados de esta revisión se presentan en tres bloques:
 - el primer bloque recoge los resultados de las investigaciones que analizan las diferencias de género en los procesos de inicio del consumo, especialmente, entre la población adolescente;
 - el segundo bloque se centra en las investigaciones que examinan las diferencias de género en la prevalencia y la intensidad del consumo;
 - el tercer y último bloque recoge la evidencia científica disponible sobre las diferencias en los procesos de abandono del consumo de hombres y de mujeres, con la vista puesta en tres cuestiones diferentes: los resultados de los programas de abandono del tabaquismo en hombres y mujeres, el impacto diferencial de las desigualdades socioeconómicas en el abandono del tabaquismo de hombres y mujeres, y los factores biológicos, psicológicos y relacionales que facilitan o dificultan el abandono del tabaquismo en hombres y mujeres.
- En segundo lugar, se ha realizado un análisis de los datos cuantitativos disponibles en relación al consumo de tabaco por parte de hombres y mujeres en Euskadi, a partir de una explotación específica de la Encuesta sobre Adicciones de la CAPV – Euskadi y Drogas. El análisis se centra tanto en la evolución de las tasas de consumo de mujeres y hombres entre 1992 y 2012, como en la evolución de los patrones de consumo de ambos grupos y en la evolución del perfil de las personas fumadoras en Euskadi, especialmente desde el punto de vista del género. También se analiza en este capítulo el papel del género como elemento explicativo de las diferentes tasas y patrones de consumo de tabaco, y el diferente impacto que el estatus socioeconómico –un factor clave a la hora de entender las desigualdades en los consumos de sustancias adictivas– tiene sobre el consumo y el abandono del tabaco en mujeres y hombres.
- Finalmente, se ha realizado un amplio análisis cualitativo –a partir de una serie de entrevistas y grupos de discusión– sobre las diferencias que existen entre hombres y mujeres en relación a la experiencia del consumo de tabaco. También se repasa en este epígrafe, desde el punto de vista cualitativo, la valoración que los diferentes

agentes implicados –los y las profesionales y las personas usuarias– hacen de los programas de prevención y abandono del consumo de tabaco, especialmente en lo que se refiere a la consideración en su diseño e implementación de las diferencias de género señaladas. Para ello se procedió a la realización de seis grupos de discusión con diferentes perfiles de personas consumidoras, así como con profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención y la deshabituación tabáquica. Concretamente, se han llevado a cabo:

- Dos grupos de discusión con jóvenes fumadores, estando el primero de ellos compuesto por siete mujeres estudiantes de grado de Trabajo Social en la Universidad del País Vasco (UPV) y el segundo por ocho hombres estudiantes de diferentes especialidades de grado medio y superior de Formación Profesional procedentes de distintos centros formativos ubicados en la ciudad de Donostia-San Sebastián.
- Tres grupos de discusión con personas que han participado en programas de deshabituación tabáquica en Osakidetza.
- Una entrevista grupal con profesionales del ámbito de la prevención en drogodependencias, así como con distintos profesionales de la salud implicados en la promoción y el desarrollo de programas de deshabituación tabáquica en nuestro territorio.

Las tres aproximaciones utilizadas permiten un análisis complementario –con informaciones en general coincidentes, aunque en algunos casos también contradictorios– sobre la cuestión analizada, y ofrecen una visión de conjunto sobre la evolución de los consumos de tabaco de hombres y mujeres, sobre las razones que llevan a hombres y, sobre todo, mujeres al consumo de esta sustancia, sobre los patrones diferenciales de uso, sobre los diferentes significados atribuidos al consumo, sobre las causas y dificultades asociadas al proceso de deshabituación.

La estructura del informe responde a las aproximaciones metodológicas utilizadas. Tras este primer capítulo introductorio, el segundo capítulo recoge los resultados de la revisión de la literatura realizada; el tercer capítulo recoge los principales resultados del análisis cuantitativo, y el cuarto capítulo se centra en los resultados del análisis cualitativo.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE CONSUMO DE TABACO Y GÉNERO

2.1. Objetivos y metodología

Como se ha señalado en el capítulo introductorio, el análisis de la relación entre el consumo de tabaco y la construcción social de los roles de género se ha querido iniciar mediante una revisión de la literatura científica publicada al respecto en los últimos años, con la intención de recoger y sistematizar la evidencia científica disponible en relación al impacto del género en los consumos de tabaco y en su abandono. Como también se ha señalado en la introducción, el objetivo de esta revisión se ha centrado en identificar el impacto que la construcción social de los roles femeninos tiene tanto en lo que se refiere al inicio en el consumo de tabaco como en lo que se refiere a las pautas de consumo y a las posibilidades de abandono del mismo. También se ha intentado determinar, como se explica más adelante, en qué medida los factores sociodemográficos que explican los consumos de drogas y, en este caso, de tabaco (edad, nivel de estudios, estatus socioeconómico) inciden de forma diferente en hombres y en mujeres.

El primer paso en la elaboración de esta revisión ha consistido en la elaboración de una búsqueda bibliográfica a partir de la base de datos documental del SIIS Centro de Documentación y Estudios, especializada en adicciones. Los descriptores empleados en esta primera búsqueda fueron tabaco o tabaquismo en combinación con género o mujer. La búsqueda realizada arrojó inicialmente 179 resultados, de los cuales 21 cumplían con los criterios de selección documental establecidos, y que se señalan posteriormente. Esta búsqueda inicial se amplió posteriormente mediante la revisión de diversas bases de datos bibliográficas externas de ámbito internacional, especializadas en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud: *Web of Knowledge*, Pubmed, TESEO y *Open Access Theses and Dissertations*. En este caso, los descriptores utilizados fueron más específicos y combinaron los términos género y mujer con los términos factor de riesgo, factor de protección, abandono, cesación, deshabitación, desigualdad y prevención. Esta búsqueda permitió identificar 46 documentos, de los cuales 15 fueron finalmente incluidos en esta revisión en la medida en que cumplían los criterios de selección establecidos. Por último, otros 9 documentos fueron incorporados mediante las referencias identificadas en esos mismos documentos. En total, por tanto, el número de documentos que se recogen en esta revisión es de 45.

En cuanto a los criterios de selección documental utilizados, han sido los siguientes:

- El ámbito geográfico de la documentación seleccionada se ha circunscrito, en este orden de preferencia, a los siguientes: Comunidad autónoma del País Vasco (CAPV), España, Europa y Norteamérica.
- El ámbito temporal se ha restringido a los últimos diez años, incluyendo sólo las publicaciones correspondientes al periodo 2007-2017.
- En cuanto al contenido, los documentos debían aportar datos empíricos desagregados por género sobre las diferencias asociadas al consumo de tabaco entre hombres y mujeres.
- Desde un punto de vista temático, se han excluido aquellos documentos que:
 - a) analizan las diferencias en el consumo de tabaco de hombres y mujeres desde una perspectiva exclusivamente biológica; y
 - b) examinan los efectos de las políticas generales de prevención y reducción del consumo de tabaco entre la población (prohibición de la publicidad, control de precios, regulación de las ventas, campañas de prevención del consumo y promoción del abandono dirigidas a la población general).

El procedimiento de análisis documental ha consistido en la extracción por dos documentalistas de los principales resultados de cada una de las investigaciones seleccionadas y clasificarlos en una base de datos para facilitar la lectura transversal de la documentación y una comparación de los resultados obtenidos en las distintas investigaciones. El anexo que se incluye al final de este capítulo recoge el listado de las 45 referencias analizadas, y sus principales características.

En cuanto a la presentación de los resultados, se ha estructurado en tres bloques:

- el primer bloque recoge los resultados de las investigaciones que analizan las diferencias de género en los procesos de inicio del consumo, especialmente, entre la población adolescente;
- el segundo bloque se centra en las investigaciones que examinan las diferencias de género en la prevalencia e intensidad del consumo;
- el tercero y último recoge la evidencia científica disponible sobre las diferencias en los procesos de abandono del consumo de hombres y de mujeres. Este epígrafe analiza, por su parte, tres cuestiones diferentes: los resultados de los programas de abandono del tabaquismo en hombres y mujeres, el impacto diferencial de las desigualdades socioeconómicas en el abandono del tabaquismo de hombres y mujeres, y los factores biológicos, psicológicos y relacionales que facilitan o dificultan el abandono del tabaquismo en hombres y mujeres.

El capítulo se cierra con un apartado de conclusiones.

2.2. Diferencias de género en el inicio del consumo de tabaco

Entre 2001 y 2002, la Comisión Europea (ENYPAT, 2003, cit. en Nerín y Jané, 2007) llevó a cabo un estudio para identificar las diferencias de género relacionadas con los factores de riesgo y protección frente al inicio del consumo de tabaco entre la población joven¹. La revisión de la literatura hecha en aquel momento arrojó los siguientes resultados (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias de género en los factores de riesgo frente al inicio del consumo de tabaco en la población adolescente

Tipo de evidencia		Tipo de factor analizado				
		Entorno social	Entorno próximo o relacional	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"> 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	Influyen más a los hombres	<ul style="list-style-type: none"> Precio del tabaco Claridad legal 				
	Aumentan el consumo en las mujeres		<ul style="list-style-type: none"> Probación 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 			<ul style="list-style-type: none"> Locus de control externo Estilos de afrontamiento

Fuente: Report on the Project Gender differences in smoking in young people. European Commission. En: Nerín de la Puerta, I. y Jané Checa, M. (coord.) Libro blanco sobre mujeres y tabaco: abordaje con una perspectiva de género. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. 2007. p. 48.

Como se observa en la tabla, entre los factores asociados a un incremento del consumo en las mujeres se identificaron:

- el deseo de obtener la aprobación y el apoyo del grupo de iguales;

¹ El estudio realizado por la *European Network on Young People and Tobacco (ENYPAT)* comprendió tres investigaciones independientes, cuyos resultados pretendían ser complementarios: 1) una revisión de la literatura sobre las diferencias de género asociadas al consumo de tabaco desarrollada por el *Flemish Institute for Health Promotion (FIHP)* de Bélgica; 2) un estudio cuantitativo a partir de la explotación de los datos de la encuesta *Health Behaviour of School Aged Children (HBSC)* para seis países Europeos (Austria, Bélgica, Reino Unido, Portugal, Suecia, Polonia); 3) un estudio cualitativo a partir de grupos de discusión con adolescentes fumadores de 15 años procedentes de los seis países participantes en el estudio (ENYPAT, 2003).

- la infravaloración de las consecuencias que el consumo de tabaco tiene sobre la salud,
- la creencia de que el consumo de tabaco es una estrategia eficaz para prevenir el aumento de peso; y
- ciertas características de la personalidad, como la rebeldía, la sociabilidad y la alta o baja autoestima, ya que, en ambos casos se hallaron evidencias de que ello incrementaba el riesgo de consumo en las mujeres adolescentes.

En el caso de los chicos, sin embargo, sólo se hallaron dos factores directamente relacionados con un aumento del consumo de tabaco: el precio –un aumento del precio reducía el consumo entre los hombres jóvenes– y una mayor claridad legal sobre la regulación de la venta y el consumo de esta sustancia –cuanto más clara era la regulación al respecto, más aumentaba el consumo de tabaco en los hombres–.

Esta investigación también puso de manifiesto la existencia de una serie de factores de riesgo que influían de igual forma en hombres y mujeres, entre ellos, un ambiente familiar hostil, vivir en familias colectivas y presentar ciertos rasgos de personalidad, como tener un locus de control externo o no contar con estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a situaciones adversas. Finalmente, para un número importante de factores de riesgo no se pudo determinarse si existía o no una influencia significativa del sexo, dada la ausencia de una evidencia científica suficiente. Éste es el caso de algunos factores ambientales (nivel socioeconómico, accesibilidad del tabaco, publicidad del tabaco en los medios), conductuales (experimentación previa con la sustancia, realizar ciertas actividades extraescolares) y de las variables relacionadas con las percepciones y creencias asociadas al consumo de tabaco de la población joven (control del estado de ánimo, percepción y control de las normas, imagen del tabaco).

A partir de estos datos, cabe pensar que la socialización de género influye más en el inicio del consumo de tabaco de las mujeres jóvenes, en comparación con los hombres de su misma edad. No obstante, dado que este informe se publicó hace más de quince años, resulta de interés analizar si las publicaciones más recientes continúan respaldando sus resultados o arrojan nuevas evidencias al respecto.

En esta revisión se han localizado 15 documentos que se centran en analizar las diferencias de género en los factores de riesgo y protección frente al consumo de tabaco de la población adolescente. Cuatro de estos documentos son revisiones de la literatura; ocho estudios transversales y tres estudios longitudinales. Seis de los estudios han sido realizados en España (Rodríguez Planas y Sanz de Galdeano, 2016; Sánchez López et al., 2013; Rodríguez García et al., 2013; Meneses et al., 2013; Pérez Milena et al., 2012; García Rodríguez, 2010), cuatro en Estados Unidos (Hansen y Hansen, 2016; Audrain-McGovern et al., 2014; Liss Levinson, 2010; Booker et al., 2008) y uno en Finlandia (Mercken et al., 2010). La Tabla 2 ofrece un resumen de los factores analizados y señala qué documentos analizan cada uno de ellos.

En cuanto a la calidad de los resultados obtenidos, debe tenerse en cuenta que la baja representatividad de las muestras utilizadas en algunos casos y la especificidad de las poblaciones estudiadas en otros, hacen difícilmente extrapolables al conjunto de la población adolescente los resultados obtenidos. Sin embargo, pese a estas limitaciones sí que pueden identificarse algunas líneas de actuación relevantes para la prevención del consumo de tabaco de los/as adolescentes y el abordaje de las diferencias de género existentes en el inicio del consumo.

Tabla 2. Resumen de los factores de riesgo y protección frente al consumo de tabaco analizados desde una perspectiva de género

Tipo de factor	Factores de riesgo y protección analizados	Documentos
Contexto social y familiar	Consumo de tabaco de los progenitores	Okoli et al. (2013), Sullivan et al. (2011), García Rodríguez et al. (2010)
	Consumo de tabaco en el grupo de iguales	Mercken et al. (2010), García Rodríguez et al. (2010), Simons-Morton y Farhat (2010)
	Consumo de tabaco de la pareja	García Rodríguez et al. (2010), Meneses et al. (2013)
Factores psicológicos y acontecimientos vitales positivos/negativos	Afecto positivo / negativo	McGovern et al. (2015), Liss-Levinson (2010)
	Autoestima	García Rodríguez et al. (2010)
	Afrontamiento de acontecimientos vitales estresantes / factores de estrés	Booker et al. (2008)
Roles y mandatos de género		Sánchez-López et al. (2013), Liss-Livenson (2010)
Actividades de ocio y tiempo libre		Rodríguez García et al. (2013), García Rodríguez et al. (2010)
Variables sociodemográficas	Edad	Hansen y Hansen (2016)
	Etnia/origen cultural	Rodríguez-Planas et al. (2016), Audrain-McGovern et al. (2015), Meneses et al. (2013)

Fuente: Elaboración propia.

Para presentar los resultados se analizan los factores de riesgo y protección examinados en la documentación revisada en el siguiente orden:

- factores relacionados con el contexto relacional –social y familiar– de los/as adolescentes;
- factores psicológicos e influencia de acontecimientos vitales positivos y negativos en el consumo;
- grado de adhesión a los roles y mandatos de género;
- actividades de ocio y tiempo libre que realizan los/as adolescentes;
- factores sociodemográficos (edad, origen cultural, nivel educativo y clase social).

Por lo que respecta al entorno social y familiar de los/as adolescentes, la documentación revisada muestra que este es uno de los principales aspectos que influyen en el inicio del consumo durante la adolescencia, de modo que la presencia de los/as adolescentes en entornos fumadores es una de las variables que mejor predicen la probabilidad de consumo. La mayoría de las investigaciones evidencian, además, que dicho riesgo es mayor para ambos sexos cuando el consumo se produce en el grupo de iguales, en comparación con el entorno familiar (García Rodríguez, 2010; Wellman et al., 2016).

Dos de las tres investigaciones que analizan la influencia del grupo de iguales en el consumo de tabaco indican que dicha influencia sería mayor en las chicas, si bien los resultados no llegan a ser estadísticamente significativos (Mercken et al., 2010; Simons-Morton y Farhat; 2010). La investigación de Mercken et al. (2010) parte de un diseño longitudinal que utiliza el

análisis de redes para examinar la evolución de las relaciones sociales de los y las adolescentes de ambos sexos entre los 13 y los 16 años y su relación con el inicio del consumo de tabaco durante la adolescencia. Sus resultados muestran que los hombres son más proclives a establecer relaciones con personas fumadoras mediante procesos de selección, mientras que las mujeres serían más tendentes a protagonizar procesos de influencia. En el primer caso, las personas que ya comparten una misma conducta empiezan a relacionarse entre sí y, en el segundo caso, la adopción de una determinada conducta por parte de una o varias personas lleva a otras a adoptar esta misma conducta.

Así, mientras que el 21% de las relaciones establecidas entre personas fumadoras se habían producido a través de mecanismos de influencia en el caso de las mujeres, entre los hombres dicho porcentaje sólo alcanzaba al 15% de las relaciones. El mecanismo de selección, sin embargo, explica el 22% de las relaciones establecidas por los hombres fumadores con otras personas fumadoras, en comparación con el 18% en el caso de las mujeres (Mercken et al., 2010). No obstante, los autores señalan que las diferencias entre ambos sexos no llegan a ser estadísticamente significativas. La revisión de la literatura que realizan Simons-Morton y Farhat (2010) también apunta a que las mujeres serían más vulnerables a los procesos de influencia en el contexto del grupo de iguales, mientras que la investigación de García Rodríguez et al. (2010), por su parte, halla que el riesgo de consumir tabaco cuando la mayoría de los amigos/as son consumidores/as habituales de esta sustancia es prácticamente igual para los chicos (λ de Wilks = 0,724) que para las chicas (λ de Wilks = 0,721). No obstante, debe tenerse en cuenta que el diseño de esta última investigación no permite conocer si el consumo de la persona antecede o es posterior al consumo por parte del grupo de iguales, de modo que, sus resultados no resultan comparables con los obtenidos por Mercken et al. (2010).

En cuanto a la influencia del consumo de tabaco en el entorno familiar, Sullivan et al. (2011) realizan una revisión sistemática de la literatura publicada entre 1989 y 2009 acerca de la influencia del consumo de tabaco materno en el inicio del consumo de sus hijos/as durante la adolescencia. También en este caso, los resultados muestran que la influencia es mayor para las hijas, en comparación con los hijos varones. En el 41% ($n = 21$) de los estudios analizados se encontró una relación estadística positiva en las hijas y sólo en un 12% ($n = 6$) en el caso de los hijos varones. Finalmente, en un 16% de los casos no se halló una asociación estadísticamente significativa entre los dos fenómenos para ninguno de los dos sexos.

La revisión de Okoli et al. (2013) analiza por su parte cuál es la influencia sobre el consumo de tabaco de los/as adolescentes del mantenimiento del hábito tabáquico por parte de cualquiera de los miembros del hogar. Sus resultados también indican que la presencia de personas fumadoras ejerce una influencia mayor en las mujeres en comparación con los hombres, especialmente, cuando el consumo se da en personas del mismo sexo. Finalmente, el estudio realizado por García Rodríguez et al. (2010) apunta en este mismo sentido y halla que el consumo de tabaco del padre y la madre influye más en las chicas ($r = 0,191$ cuando el padre fuma y $r = 0,072$ cuando es la madre quien fuma) que en los chicos ($r = 0,093$ cuando el padre fuma y $r = -0,041$ cuando la madre fuma), aunque la relevancia de esta variable en la probabilidad de consumo es bastante baja en comparación con otras que se analizan².

² Tal y como se expone más adelante, los cuatro principales factores que, según el estudio de García Rodríguez et al. (2010), mejor predicen el consumo de tabaco en las chicas son: la mayoría de amigos/as fuma (0,721), la pareja fuma (0,553), frecuente bares o discotecas (0,424) y tiene la percepción de que el tabaco es fácilmente accesible (0,374). Para los chicos los factores son los mismos, a excepción de uno, aunque la fuerza predictora de cada variable varía en comparación con las chicas. Así pues, para los hombres los cuatro factores que mejor predicen el

Un segundo grupo de factores relevantes para determinar el riesgo de inicio del consumo de tabaco durante la adolescencia son las características psicológicas y circunstancias personales de los/as adolescentes. A este respecto, las investigaciones de McGovern et al. (2015) y Liss-Levinson (2010) muestran que existe una correlación positiva entre el afecto negativo o la presencia de síntomas depresivos y la probabilidad de iniciarse en el consumo de tabaco de la población adolescente perteneciente a ambos sexos. No obstante, dado que la presencia de síntomas depresivos resulta más frecuente entre las mujeres, éste es un factor que con mayor probabilidad contribuirá al tabaquismo femenino que masculino ($\beta = 0,11$, $p < 0,001$) (Liss Levinson, 2010). El estudio de McGovern (2015) analiza también cómo afecta la falta de emociones positivas al consumo de tabaco de los/as adolescentes. Sus resultados muestran que mientras que su ausencia genera un aumento del consumo en las mujeres ($b = 0,031$, $Z = -4,00$, $P < 0,0001$), no influye significativamente en los hombres ($P = 0,33$). Además, la diferencia es estadísticamente significativa [χ^2 (df = 1) = 8,24, $P = 0,0041$], de modo que, por cada desviación estándar que las mujeres se alejan de la media en la escala de afecto positivo (SD = 2,90), aumenta un 10% su probabilidad de convertirse en fumadoras habituales (OR = 1,10, IC = 1,04-1,14).

El otro factor psicológico que ha sido analizado desde una perspectiva de género es la influencia de la autoestima. García Rodríguez et al., (2010) hallan en su estudio que una mayor autoestima aumenta la probabilidad de consumo en las mujeres ($r = 0,091$) y reduce la probabilidad de consumo en los hombres ($r = -0,065$). Finalmente, el estudio de Booker et al. (2008) se centra en el análisis de los acontecimientos vitales negativos o estresores en el consumo real y en la intención de consumo de tabaco en el próximo año en una muestra de 728 adolescentes de entre 11 y 12 años de origen migrante en los Estados Unidos. Sus resultados indican que la probabilidad de consumo aumenta en presencia de acontecimientos vitales negativos para los hombres (OR = 1,89), pero no así para las mujeres, mientras que la intención de consumo se incrementa para ambos sexos. Las situaciones de estrés negativo en el ámbito escolar (OR = 1,86) y en las relaciones con el grupo de iguales (OR = 2,25) aumentan la intención de iniciar el consumo durante el próximo año para las mujeres. En el caso de los hombres, sin embargo, el estrés familiar negativo reduce dicho riesgo (OR = 0,53) y el estrés personal positivo lo incrementa (OR = 1,60).

Otro asunto de gran interés para los objetivos de este estudio –y que ha sido, sin embargo, poco estudiado– es el referente a la identificación con los valores y roles de género masculinos y femeninos y la probabilidad de iniciarse en el consumo de tabaco durante la adolescencia. Sólo dos documentos analizan esta cuestión, y sus resultados son, en cierto modo, contradictorios. Por un lado, el estudio de Sánchez-López et al. (2013) apunta a que este factor no influye en la mayor o menor probabilidad de los/as adolescentes de iniciarse en el consumo de tabaco, mientras que el estudio de Liss-Livenson (2010) halla que, entre las mujeres con síntomas depresivos, aquellas que detentan valores de género de corte más tradicional son más proclives a iniciarse en el consumo de tabaco. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que dada la debilidad metodológica del primer estudio y el carácter altamente específico del segundo, sería necesario profundizar en el análisis de esta variable mediante la realización de otros estudios.

En cuarto lugar, la literatura revisada también analiza las actividades de ocio y tiempo libre de los y las adolescentes y su relación con la probabilidad de ser fumadores/as. En relación a esa cuestión, el estudio de García Rodríguez et al. (2010) muestra que acudir a bares y

consumo de tabaco son: la mayoría de amigos/as fuma (0,724), frecuente bares o discotecas (0,420), la pareja fuma (0,414) y tiene poder adquisitivo para adquirir el tabaco (0,227).

discotecas habitualmente constituye un factor de riesgo asociado al consumo de tabaco tanto en hombres ($r = 0,420$) como en mujeres ($r = 0,424$), mientras que salir con los amigos se halla más relacionado con el consumo de las mujeres ($r = 0,227$) en comparación con el de los hombres ($r = 0,152$) y hacer deporte constituye un factor de protección para los hombres ($r = -0,067$), pero no así para las mujeres ($r = 0,115$). El estudio de Rodríguez García et al. (2013) confirma estos resultados para el caso concreto de la práctica de actividades deportivas, y halla una asociación positiva y estadísticamente significativa entre los hombres que hacen deporte regularmente y su rechazo al hábito de fumar ($\chi^2 = 7,57$, $p = 0,006$; V de Cramer = $0,31$, $p = 0,0006$), mientras que en el caso de las mujeres no se aprecia esta relación. Sin embargo, los autores advierten de que ello se debe a que el número de mujeres que practican actividades deportivas de forma habitual en la muestra analizada es demasiado pequeño como para evidenciar una asociación estadística entre las variables analizadas, aunque la hubiera. Por último, las actividades realizadas en el ámbito doméstico, como leer libros, ver la televisión, escuchar música o navegar por internet actuarían como factores de protección para ambos sexos.

Un último grupo de variables que deben tenerse en cuenta al analizar las dinámicas de inicio del consumo de tabaco son las sociodemográficas. En este ámbito se han identificado cuatro documentos: uno que analiza la influencia de la edad en el riesgo de consumo (Hansen y Hansen, 2016) y tres que se centran en analizar la influencia del origen cultural de los/as jóvenes (Rodríguez-Planas et al., 2016; Audrain-McGovern et al., 2015; Meneses et al., 2013). Respecto a la edad, el estudio de Hansen y Hansen (2016), basado en una muestra de 35.987 adolescentes residentes en los Estados Unidos e Irlanda, revela que la probabilidad de consumo aumenta para ambos sexos a medida que se incrementa la edad de los/as adolescentes, siendo, sin embargo, mayor el aumento en el caso de los hombres ($OR = 1,62$), en comparación con las mujeres ($OR = 1,445$). Por otro lado, los resultados del estudio muestran que apenas existen diferencias en los cambios que se producen en la percepción del riesgo asociado al consumo de tabaco en ambos sexos a medida que aumenta la edad, lo cual significa que, ante incrementos similares en la percepción del riesgo hay, sin embargo, más hombres que mujeres que acaban por iniciar un consumo regular de tabaco.

En cuanto a la influencia del origen cultural, la revisión de la literatura muestra que se trata de una variable que da lugar a importantes diferencias en los niveles de consumo de tabaco, tanto en chicos y chicas que comparten el mismo origen cultural (Rodríguez-Planas et al., 2016; Meneses et al., 2013), como entre éstos y el resto de la población adolescente (Audrain-McGovern et al., 2015). En su investigación, Rodríguez-Planas et al. (2016) analizan el consumo de tabaco en una muestra de adolescentes migrantes de segunda generación en España y estudian la influencia de los valores y roles de género del país de origen de sus progenitores en los niveles de consumo. Sus resultados muestran que proceder de países con mayores niveles de igualdad de género incrementa el riesgo de consumo de las mujeres, en comparación con los hombres en su misma situación. Lo opuesto ocurre con aquéllas cuyos progenitores proceden de países menos igualitarios, para las cuales el origen cultural actúa claramente como un factor de protección frente al consumo. Respecto a las variables que mejor explican la transmisión de las pautas y valores culturales del país de origen de los progenitores, esta investigación indica que serían el bajo nivel de capital humano de la madre y un elevado nivel de control parental.

Por otro lado, el estudio de Meneses et al. (2013) se centra en analizar el consumo de alcohol y tabaco en una muestra de adolescentes de origen latinoamericano, e indica una probabilidad cinco veces mayor de ser consumidores de tabaco entre los hombres, en comparación con las mujeres ($OR = 4,96$). No obstante, los propios autores admiten como

una limitación metodológica de su estudio el hecho de que éste no distinga entre hombres y mujeres procedentes de determinados países o zonas geográficas dentro de Latinoamérica, ya que, estos países presentan una diversidad interna muy elevada en cuanto a la prevalencia del consumo de tabaco y las diferencias de género asociadas a dicho consumo. Finalmente, el estudio de Audrain-McGovern et al. (2015) halla que ser de raza blanca representa un factor de riesgo frente al consumo de tabaco para las mujeres ($OR = 1,37$, $IC = 1,08-1,74$), pero no así para los hombres [χ^2 ($df = 1$) = 7,195, $p = 0,007$]. A pesar de la diversidad de poblaciones y variables estudiadas, todos estos resultados evidencian que existe una relación entre la identidad cultural, identidad de género y consumo de tabaco durante la adolescencia que debe ser tenida en cuenta.

2.3. Diferencias de género en la prevalencia e intensidad del consumo de tabaco

Como se ha señalado en la introducción, el contenido de este epígrafe se centra en los estudios que examinan las diferencias en la prevalencia y la intensidad del consumo de tabaco de hombres y mujeres, en función de la edad y de variables sociodemográficas como el nivel de estudios y la situación socioeconómica. Dado que en el apartado de análisis cuantitativo se examinan las diferencias en la prevalencia e intensidad del consumo de tabaco de hombres y mujeres desde una perspectiva descriptiva, en este epígrafe el énfasis se pone en las desigualdades sociales que afectan a dicho consumo, y en el impacto diferencial de esas desigualdades en los hombres y en las mujeres.

En total, se han localizado seis investigaciones que analizan este fenómeno: cuatro de ellas utilizan datos procedentes de macroencuestas representativas a escala poblacional (Nagelhout, 2012; Bacigalupe et al., 2012; Legleye, 2009; Schaap, 2009; Schaap et al., 2008), mientras que la quinta se centra únicamente en estudiar el perfil y las características de las personas que son grandes fumadoras (Augustson, 2008). Desde el punto de vista del diseño, tres son estudios transversales (Legleye, 2009; Schaap et al., 2008; Augustson, 2008) y dos, longitudinales y permiten, por lo tanto, un análisis evolutivo de los fenómenos estudiados. Finalmente, sólo la investigación de Legleye (2009) en Francia permite indagar en las desigualdades sociales en los niveles de consumo de hombres y mujeres, centrándose todas las demás investigaciones en examinar la desigualdad intragrupal, es decir, aquella que se da entre distintos grupos de hombres y de mujeres, respectivamente.

Todas estas investigaciones coinciden en señalar que, por lo general, existe un gradiente social negativo asociado a la probabilidad de iniciarse en el consumo de tabaco, lo que significa que las personas que ocupan una posición socioeconómica más desventajada o cuentan con un menor nivel de estudios tienen un riesgo más elevado de iniciarse en el consumo de tabaco (Bacigalupe; 2012; Legleye, 2009; Schaap et al., 2008). Estas desigualdades son mayores cuando se utiliza como indicador el nivel de estudios, en lugar de la posición socioeconómica de las personas; además –tal y como se expone con detalle a continuación– se acentúan, por lo general, entre las generaciones más jóvenes, al tiempo que exhiben una magnitud mayor entre los hombres en aquellos países donde el consumo de tabaco se introdujo de forma más tardía, y son más abultadas entre las mujeres en países donde la epidemia tabáquica se haya en un estadio más avanzado.

Por lo que respecta a las desigualdades entre ambos sexos, y tomando como indicador el nivel de estudios, los resultados de la investigación de Legleye (2009) muestran que entre las generaciones más jóvenes –18 a 39 años– las mujeres con estudios superiores presentan

niveles de consumo más elevados que los hombres en su misma situación (OR = 0,86); en cambio, entre la población con bajos estudios, la probabilidad de consumo es un 30% más elevada entre los hombres (OR = 1,30). Esto significa que la progresiva reducción del consumo de tabaco entre los hombres jóvenes con estudios superiores ha llegado a invertir el gradiente de género que históricamente se ha asociado al consumo de tabaco. En los demás grupos de edad –40-59 años y 60-75 años–, sin embargo, la brecha de género tiende a reducirse a medida que aumenta el nivel de estudios de las personas, pero sin llegar en ningún caso a invertirse dicha relación.

En cuanto a la desigualdad intragrupal, también existe un gradiente social negativo asociado a la prevalencia del consumo de tabaco, tanto entre la población masculina como femenina. La única excepción en este sentido son las mujeres mayores que residen en países del sur de Europa, para las cuales las desigualdades en la prevalencia del consumo o son prácticamente inexistentes, o presentan un gradiente social positivo, es decir, que son las personas con una posición socioeconómica más favorable las que tienen niveles de consumo más elevados. No obstante, los datos evidencian claras diferencias entre países. Así, mientras que en los países del sur de Europa la desigualdad es mayor entre los hombres (Schaap et al., 2008; Bacigalupe, 2012), en los países del norte de Europa son las mujeres quienes presentan niveles de desigualdad más elevados en muchos de los indicadores utilizados, independientemente de su edad. Estos resultados apuntan a que, a medida que avanza la epidemia tabáquica, las desigualdades sociales relacionadas con el consumo de tabaco no sólo se agudizan, sino que lo hacen en mayor medida entre las mujeres.

De hecho, el estudio de Schaap et al. (2009) pone de manifiesto que la magnitud de las desigualdades presenta importantes diferencias entre países y que, como se ha señalado, los niveles de desigualdad entre las propias mujeres pueden alcanzar y superar a los observados entre la población masculina. Según este estudio, que analiza datos procedentes de encuestas nacionales de salud de 19 países europeos, entre las mujeres más jóvenes (de 25 a 39 años) el gradiente social negativo asociado al inicio del consumo aparece en todos los países europeos –con la única excepción de Portugal–, registrándose los valores máximos en Noruega (IRR = 5,54), Finlandia (IRR = 2,95) e Irlanda (IRR = 2,99) y los mínimos de Francia (IRR = 1,24) e Italia (IRR = 1,24). En cuanto a las mujeres de mediana edad (40-59 años), el gradiente social sería positivo en Italia (IRR = 0,50), Francia (IRR = 0,65), Bélgica (IRR = 0,95), España (IRR = 0,36) y Portugal (IRR = 0,04); y negativo en todos los demás países. Por último, entre las mujeres mayores de 60 años, como ya se ha dicho, el gradiente social es positivo en todos los países, a excepción de Noruega (IRR = 1,75) e Inglaterra (IRR = 1,28), donde incluso entre las mujeres de mayor edad el consumo a lo largo de la vida es más frecuente entre las mujeres con un bajo nivel de estudios.

Las diferencias observadas entre los países del norte y del sur de Europa obedecen a la existencia de un desfase temporal en la difusión del consumo de tabaco, con un inicio anterior en los países del norte y un comienzo más tardío en los países del sur. Aunque Bacigalupe (2012) recomienda cautela a la hora de extrapolar los resultados de un país a otro, lo cierto es que estos datos apuntan a una tendencia que empieza a esbozarse también en nuestro contexto, donde se ha producido un rápido incremento de las desigualdades asociadas al consumo de tabaco en las mujeres y, especialmente, entre las más jóvenes, entre 1997 y 2007 (Bacigalupe, 2012). Las Tablas 3 y 4 resumen la magnitud de las desigualdades observadas en las distintas investigaciones, en el primer caso teniendo en cuenta el nivel de estudios y, en el segundo, considerando variables asociadas al estatus socioeconómico.

Tabla 3. Grado de desigualdad en la prevalencia del consumo de tabaco de la población, según sexo, edad y nivel de estudios

Documento	Año datos	Indicador de desigualdad	Población analizada		Magnitud de la desigualdad ^(1,2)	
			Origen	Edad (años)	Hombres	Mujeres
Nagelhout (2012)	2008	<i>Odds ratio</i>	Países Bajos	--	1,84	2,26*
Bacigalupe et al. (2012)	2007	Índice relativo de desigualdad (IRD)	CAE	--	1,91 *	1,41*
				25-44	2,13*	1,70*
				≥ 45	1,37	0,68
Schaap et al. (2008)	1998	<i>Adjusted rate ratio</i>	Región norte de Europa	25-39	1,46*	1,92*
				40-60	1,34*	1,43*
			Región sur de Europa	25-39	1,24*	0,86*
				40-60	1,01	0,67*
Schaap et al. (2009)	2000-2004	Índice relativo de desigualdad (IRD)	19 países europeos	25-39	--	0,29* (Portugal) - 5,54* (Noruega)
				40-59	--	0,04* (Portugal) - 2,99 (Noruega)
				≥ 60	--	0,03 (Lituania) - 1,75 (Noruega)

(1) Dado que cada estudio utiliza distintas categorías de análisis para la variable *nivel de estudios* y diferentes indicadores de desigualdad, los resultados no son directamente comparables entre sí, incluso en los casos en que los tramos de edad son coincidentes.

(2) Para simplificar la presentación de resultados, únicamente se ha indicado la magnitud de la desigualdad observada para las categorías superior e inferior de la variable *nivel de estudios*. En caso de querer obtener información más detallada, se recomienda consultar la documentación correspondiente.

(*) Estos resultados son estadísticamente significativos a para $p < 0,05$.

En este sentido, vale la pena detenerse también en analizar algunos de los resultados de la investigación llevada a cabo por Schaap et al. (2008), dada su perspectiva comparada y la variedad de indicadores que considera. Esta investigación se centra en estudiar la prevalencia del consumo de tabaco de hombres y mujeres en diversos países europeos en función de la edad (25-39 años y 40-60 años), la región geográfica de procedencia –región norte, compuesta por Finlandia, Dinamarca, Austria y Bélgica; y región sur, compuesta por España, Italia, Grecia y Portugal– y diversos indicadores socioeconómicos –nivel educativo, situación con relación a la actividad, clase ocupacional, ingresos, bienestar material acumulado y régimen de tenencia de la vivienda habitual–. De hecho, el principal objetivo del estudio es, precisamente, identificar cuál o cuáles de los indicadores utilizados pueden explicar de forma más satisfactoria las desigualdades observadas en la prevalencia del consumo de tabaco.

Los resultados muestran diferencias en las variables socioeconómicas que mejor explican las desigualdades en el consumo en función del género, la edad y la región de procedencia de las personas. Así, en el norte de Europa el nivel educativo sería la variable más relevante entre las personas jóvenes, tanto hombres como mujeres, mientras que la clase ocupacional y el régimen de tenencia de la vivienda constituyen los factores que mejor explican la prevalencia del consumo de tabaco entre las personas de 40 a 60 años que residen en esta zona. En este último caso, se observa, además, que el régimen de tenencia de la vivienda tiene mayor capacidad explicativa para las mujeres (OR = 1,57), mientras que la clase ocupacional es más determinante en el caso de los hombres (OR = 1,43).

En cuanto a los países del sur de Europa, la principal conclusión es que los niveles de desigualdad se sitúan por debajo de los observados en los países de la región norte. El nivel educativo es la variable que mejor explica las desigualdades observadas entre los hombres jóvenes y las mujeres mayores, el nivel de bienestar material acumulado es la que tiene mayor capacidad predictiva para los hombres de entre 40 y 60 años (OR = 1,22), y el estatus ocupacional lo es para las mujeres de 25 a 39 años (OR = 1,19).

Tabla 4. Grado de desigualdad en la prevalencia de consumo de tabaco de la población, según sexo, edad y posición socioeconómica

Documento	Año datos	Indicador	Indicador de desigualdad	Población analizada		Magnitud de la desigualdad intragrupal ^(1,2)	
				Origen	Edad (años)	Hombres	Mujeres
Nagelhout (2012)	2008	Nivel de ingresos	Odds ratio	Países Bajos	--	1,49*	1,83*
Bacigalupe et al. (2012)	2007	Mixto. (ocupación, categoría profesional y tipo de contrato)	Índice relativo de desigualdad	CAE	--	1,68*	1,11
					25-44	1,84*	1,29
					≥ 45	1,40	0,63*
Schaap et al. (2008)	1998	Categoría ocupacional	Adjusted rate ratio	Región norte de Europa	25-39	1,32*	1,40*
					40-60	1,43*	1,29*
				Región sur de Europa	25-39	1,11*	1,19*
					40-60	1,06	0,84
		Situación con relación a la actividad	Adjusted rate ratio	Región norte de Europa	25-39	1,08	0,93
					40-60	1,20*	0,99
				Región sur de Europa	25-39	0,94	0,92
					40-60	1,00	0,97
		Nivel de ingresos	Adjusted rate ratio	Región norte de Europa	25-39	0,82*	0,86
					40-60	1,04	0,89
				Región sur de Europa	25-39	1,07	0,99
					40-60	0,94	0,81

(1) Dado que cada estudio utiliza distintas categorías de análisis para la variable nivel de ingresos y diferentes indicadores de desigualdad, los resultados no son directamente comparables entre sí, incluso en los casos en que los tramos de edad sean coincidentes.

(2) Para simplificar la presentación de resultados, únicamente se ha indicado la magnitud de la desigualdad observada para las categorías superior e inferior de la variable nivel de ingresos cuando el indicador utilizado ha sido la odds ratio o rate ratio. En caso de querer obtener información más detallada sobre los resultados, se recomienda consultar la documentación correspondiente.

(*) Estos resultados son estadísticamente significativos para $p < 0,05$.

Finalmente, los resultados del estudio de Schaap et al. (2008) señalan que el conjunto de los indicadores socioeconómicos analizados son capaces de explicar un porcentaje inferior de la varianza individual en el consumo de tabaco en los países del sur de Europa –en torno a un 6%– en comparación con los del norte –en torno a un 12% de la varianza total–. Además, en los países de la región sur de Europa también existen diferencias en la capacidad explicativa de las variables en función del género y la edad de los individuos. Así, para las mujeres

jóvenes y los hombres mayores residentes en estos países, la posición socioeconómica sólo explica entre el 1% y el 2% de la varianza observada, mientras que para las mujeres mayores y los hombres jóvenes la capacidad explicativa se sitúa entre el 4% y el 5%. La razón que subyace a este hecho es la existencia de un desfase en la difusión de la epidemia tabáquica entre hombres y mujeres. Mientras que el consumo de tabaco de los hombres del sur de Europa presenta características propias del cuarto estadio de la epidemia tabáquica –caracterizado por un aumento de las desigualdades sociales asociadas al consumo–, en el caso de las mujeres jóvenes la expansión del consumo se daba, en el momento en que fue realizado este estudio, con relativa independencia de la posición socioeconómica, lo cual reduce la capacidad explicativa de esta variable.

En cuanto a la situación específica de Euskadi, la investigación de Bacigalupe (2012) permite analizar cuáles han sido las principales tendencias asociadas a las desigualdades en la prevalencia del consumo de tabaco en nuestro contexto. Si se tiene en cuenta el nivel de estudios de las personas como indicador de desigualdad, se observa que, entre los hombres jóvenes, es decir, de 25 a 44 años, se ha producido un aumento sostenido de las desigualdades entre 1986 y 2007. De hecho, para ese último año, la probabilidad de que un hombre joven con bajo nivel de estudios fuera fumador fue más del doble que la probabilidad de que lo fuera un hombre joven con estudios superiores (IRD = 2,13, IC = 1,60-2,82). En el caso de las mujeres jóvenes, las desigualdades aumentaron progresivamente hasta alcanzar un pico en 2002 (IRD = 2,44, IC = 1,83-3,25), para descender después hasta situarse la probabilidad de que una mujer joven con estudios inferiores fuera fumadora un 70% por encima de la de una mujer joven con estudios superiores (IRD = 1,70, IC = 1,20-2,41). En cuanto a las personas mayores de 44 años, se observa una tendencia opuesta en ambos sexos. Mientras que las desigualdades se han incrementado en el caso de los hombres, se han reducido entre las mujeres. Así, en 2007 la probabilidad de que un hombre mayor de 44 años con estudios inferiores fuera fumador era un 38 % más elevada que la observada en un hombre con estudios superiores. En el caso de las mujeres, sin embargo, el IRD era de 0,68 (IC = 0,44-1,07) en 2007.

Si se hace el mismo análisis en función de la clase social de las personas, se observa que la magnitud de las desigualdades tiende a reducirse, aunque éstas continúan siendo más notorias entre las personas jóvenes y los hombres, en comparación con la población mayor de 44 años y las mujeres. De hecho, el índice relativo de desigualdad de los hombres de 25 a 44 años en 2007 fue de 1,84 puntos (IC = 1,35-2,50), bastante superior al observado entre los hombres de más de 44 años (IRD = 1,40, IC = 1,00-1,95). Entre las mujeres, sin embargo, los vectores de desigualdad operan de forma inversa para los distintos grupos de edad. Mientras que la probabilidad de que una mujer joven de clase social manual fumara en 2007 fue un 29% superior (IRD = 1,29, IC = 0,94-1,79) a la de una mujer de clase social no manual, entre las mujeres de más de 44 años la probabilidad de que una mujer fuera fumadora era mayor entre las mujeres de clase social no manual (IRD = 0,68, IC = 0,44-1,07). Debe tenerse en cuenta que, al utilizar la clase social como variable de análisis, las desigualdades observadas no alcanzan un grado de significación estadística suficiente en el caso de las mujeres.

Finalmente, por lo que respecta a la intensidad del consumo, se han revisado dos estudios que analizan esta dimensión desde una perspectiva de género (Bacigalupe, 2012, Augustson, 2008). El estudio de Augustson (2008) opta por centrarse únicamente en la categoría de las mujeres que son grandes fumadoras y, a partir de una muestra de 17.777 mujeres realiza un análisis cuantitativo de las características demográficas, ambientales y de la historia tabáquica y las pautas de consumo que las diferencian del resto de las mujeres fumadoras, así como de los hombres que son también grandes fumadores.

Sus resultados muestran que, comparado con el conjunto de las mujeres fumadoras, las que son grandes fumadoras se hallan con mayor frecuencia en una situación de desempleo, son solteras y tienen un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel educativo. En cuanto a la historia de consumo, es más habitual que hayan empezado a fumar a una edad más temprana y hayan mantenido el hábito tabáquico durante más tiempo. Finalmente, también presentaban niveles más altos de dependencia a la nicotina. Cuando se compara a estas mujeres con hombres que son grandes fumadores, se observa que es más probable que las mujeres que son grandes fumadoras estén desempleadas y tengan un bajo nivel de ingresos. Además, tienden a ser ligeramente mayores que los hombres en su misma situación, consumen un menor número de cigarrillos diarios y sus niveles de dependencia a la nicotina son, por lo general, inferiores.

El segundo estudio que permite analizar las desigualdades sociales relacionadas con la intensidad del consumo es un trabajo de Bacigalupe centrado en la Comunidad Autónoma de Euskadi (2012). Su investigación incluye dos indicadores que analizan esta dimensión del consumo: el número medio de cigarrillos consumidos diariamente y el porcentaje de grandes fumadores³ presentes en cada categoría socioeconómica. En ambos casos, se observan mayores desigualdades entre los hombres y, especialmente, entre los hombres más jóvenes. Además, para ambos sexos tiene lugar una intensificación de las desigualdades a partir de 2002, aunque éstas sólo alcanzan significación estadística entre los hombres jóvenes y lo hacen ya en 2007.

En cuanto al número medio de cigarrillos diarios consumidos, desciende para el conjunto de la población joven –de 25 a 44 años– entre 1986 y 2007, aunque ese descenso es superior entre las clases sociales no manuales –de 18,7 a 12,9 cigarrillos diarios en los hombres y de 15,1 a 12,1 en las mujeres–, en comparación con las personas de la clase social manual, que, en 2007, consumían una media de 16,4 cigarrillos diarios en el caso de los hombres y de 13,4 en las mujeres. Si se tiene en cuenta el nivel de estudios, el mayor descenso se ha producido entre los hombres de estudios inferiores, que han pasado de consumir 20,1 cigarrillos diarios en 1986 a consumir 16,6 en 2007. En el caso de las mujeres, sin embargo, tanto por clase social como por nivel de estudios el mayor descenso ha tenido lugar entre las mujeres situadas en una posición social más favorable.

Entre las personas mayores de 44 años, se observa un aumento del consumo diario de cigarrillos entre 1986 y 2007, probablemente debido a la progresiva entrada en ese grupo de edad de cohortes con un consumo de tabaco más intensivo. No obstante, dicho incremento ha sido pequeño a lo largo del periodo y dado que el consumo había sido históricamente inferior al registrado entre las personas jóvenes, en realidad, se ha producido una cierta convergencia en la intensidad del consumo entre los distintos grupos de edad. Un dato que llama la atención es que, en 2007, el consumo medio de cigarrillos entre las mujeres de clase manual –13,4 cigarrillos al día– fuera ligeramente superior que el de los hombres situados en este mismo grupo social –12,9 cigarrillos diarios– entre las personas mayores de 44 años.

En cuanto al porcentaje de grandes fumadores presentes en cada categoría socioeconómica, el estudio de Bacigalupe (2012) indica que las desigualdades fueron estadísticamente significativas en 2007 para los hombres –IRD = 1,84 (IC = 1,27-2,66) para los hombres entre 25 y 44 años; e IRD = 1,52 (IC = 1,01-2,28) para los hombres mayores de 44 años–, pero no así para las mujeres, aunque el porcentaje de grandes fumadoras fue superior entre las clases

³ En el estudio intensivo como aquel que tiene lugar por encima de los 15 cigarrillos diarios, una medida algo más estricta que el parámetro habitualmente utilizado de un paquete diario, es decir, más de 20 cigarrillos.

sociales manuales en todos los grupos de edad. Por lo que respecta al nivel de estudios, entre los hombres jóvenes las desigualdades fueron estadísticamente significativas a partir de 2002, con una mayor probabilidad de ser grandes fumadores entre los hombres con un bajo nivel de estudios (IRD = 1,61, IC = 1,27-2,04). En el caso de las mujeres jóvenes, sin embargo, las diferencias observadas no alcanzan significación estadística, salvo en 1997, cuando la probabilidad de ser gran fumadora fue superior en aquéllas con mayor nivel educativo (IRD 0,56, IC = 0,34-0,91). Finalmente, entre las personas mayores de 44 años no se observan diferencias estadísticamente significativas ni entre los hombres, ni entre las mujeres, si bien la probabilidad de ser gran fumador, es en ambos casos, mayor para las personas con un nivel educativo más bajo.

2.4. Diferencias de género en el abandono del consumo de tabaco

Este apartado se centra en analizar las diferencias de género asociadas al abandono del consumo de tabaco de hombres y mujeres. En este caso, se ha optado por dividir los resultados en tres subapartados para abordar separadamente distintos aspectos relacionados con el abandono del hábito tabáquico. El primer apartado examina cuáles son los factores específicos de género que facilitan o dificultan el abandono del consumo. El segundo apartado se centra en el análisis de las desigualdades sociales asociadas al abandono del consumo en hombres y mujeres y, el tercer y último apartado sistematiza los resultados concernientes a la eficacia y efectividad de los programas de abandono del consumo desde una perspectiva de género.

2.4.1 Factores biológicos, psicológicos y relacionales que facilitan o dificultan el abandono del tabaquismo en hombres y mujeres

Mujeres y hombres suelen reconocer motivaciones y dificultades distintas a la hora de abandonar el hábito tabáquico. A partir de esta constatación inicial, seguidamente se explorarán esas diferencias en relación con tres tipos de factores^{4, 5}: biológicos, psicológicos y relacionales. Con ese fin se han consultado ocho documentos: un estudio clínico (Saladin et al., 2012), uno longitudinal (Cooper et al., 2016), tres transversales (Kong et al., 2012; Marqueta et al., 2013; Sholberg, 2015), una revisión sistemática (Bottorff et al., 2014) y dos revisiones de la literatura (De Higes et al., 2013; Hemsing et al., 2015).

En su revisión bibliográfica, De Higes y Ramos Pinedo (2013) dan cuenta de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, que según la literatura especializada, se manifiestan en aspectos como el metabolismo de la nicotina, la dependencia y la intensidad del síndrome de abstinencia. Así, se cree que el metabolismo de la nicotina es más rápido entre las mujeres, y algunos estudios plantean que la respuesta ante el bupropión y los parches de nicotina varían según configuraciones fenotípicas distintas en cada sexo. La neurobiología del tabaco parece además verse afectada por el ciclo menstrual, y si bien no está claro que ello se refleje en un patrón de consumo concreto, hay acuerdo en que el síndrome de abstinencia es más intenso durante determinada fase del ciclo, habiéndose planteado la hipótesis (sin suficiente

⁴ Esta clasificación tiene una finalidad meramente operativa y se plantea a sabiendas de que los límites entre unas categorías y otras pueden resultar borrosos en algunas ocasiones.

⁵ Esta tipología se inspira en la propuesta por De Higes y Ramos Pinedo (2013), quienes distinguen entre factores biológicos, fisiológicos, psicológicos, demográficos y socioculturales.

respaldo científico hasta la fecha) de que los intentos de cese deberían adaptarse al ciclo menstrual.

Respecto a la dependencia, no parece haber diferencias significativas entre mujeres y hombres, aunque algunos estudios defienden que la dependencia femenina podría requerir menor dosis de nicotina. El tipo de dependencia, en cambio, sí se antoja distinto, puesto que el consumo de tabaco parece tener una función estimulante en los varones (fumar por placer) y sedante en las mujeres (fumar por calmar o eliminar el displacer). En este sentido, los estímulos nicotínicos serían preponderantes en la dependencia masculina, mientras que los sensoriales y sociales lo serían en la femenina. Finalmente, la intensidad del síndrome de abstinencia parece similar entre mujeres y hombres cuando se analiza de forma prospectiva, pero al hacerlo de forma retrospectiva los hombres tienden a infravalorar los síntomas. De confirmarse este dato, las mujeres que han fracasado al intentar dejar el tabaco y mantienen recuerdos negativos del episodio podrían mostrarse reacias a intentarlo de nuevo.

Desde la perspectiva psicológica, las investigaciones se han fijado particularmente en tres cuestiones: a) las percepciones sobre el tabaquismo y las motivaciones para dejar de fumar; b) la influencia de la salud mental sobre el consumo de tabaco; y c) y el recurso al tabaquismo como herramienta para el control de peso. En el primero de estos aspectos se ha señalado tanto con factores de riesgo como de protección, mientras que los dos restantes se han asociado de forma preferente con factores de riesgo.

Los resultados del análisis factorial de una encuesta a 1.683 personas exfumadoras en Suecia (Sohlberg, 2015) ponen de manifiesto interesantes diferencias en las percepciones frente al tabaquismo y su abandono. Cuando se les preguntaba por qué habían fumado, las mujeres aducían en mayor proporción que los hombres razones físicas, psicológicas y sociales, mientras que no se observaban diferencias estadísticamente significativas en el placer que ese hábito reportaba a unas y otros. Los hombres consideraban fumar como una actividad no problemática en mayor proporción que las mujeres, las cuales, en cambio, lo veían en mayor medida como consecuencia de una debilidad de carácter. Respecto a las consecuencias de ese hábito, una mayor proporción de mujeres declaraban haber experimentado consecuencias negativas de tipo psicológico, sin que se registraran diferencias en cuanto a las consecuencias negativas de tipo físico y social.

Los motivos que les llevaron a dejar el tabaco también variaban por género. Así, las razones de salud física y psicológica aparecían con mayor frecuencia en boca de las mujeres, mientras que los problemas de salud eran más habituales en las explicaciones masculinas. No se observaban diferencias de género en lo referido a circunstancias externas o presiones/demandas del entorno social o familiar. Preguntadas por sus miedos a la hora de abandonar el tabaco, las mujeres temían las dificultades físicas en mayor medida, sin que se observaran diferencias en cuanto a las dificultades psicológicas.

En este mismo sentido, la literatura especializada muestra que las mujeres suelen tener más probabilidades de arrepentirse de haber comenzado a fumar (Fong et al., 2004, cit. en Hemsing et al., 2015), son más conscientes de los riesgos del tabaco y las ventajas de abandonar el hábito, y presentan una relación más estrecha entre riesgos percibidos, motivación previa al tratamiento y resultado de este (McKee et al., 2005, cit. en *ibídem*), lo que confirma la importancia de la motivación en el éxito de los tratamientos dirigidos a mujeres. Numerosas investigaciones apuntan, a este respecto, que, en términos de motivación, el embarazo y la maternidad constituyen momentos particularmente propicios

para abandonar el tabaquismo. Otro factor que favorece el abandono del tabaquismo femenino es que las mujeres tienden a buscar ayuda (autoayuda o tratamiento) para conseguirlo en mayor medida que los hombres (Zhu et al., 2000; cit. en De Higes y Ramos Pinedo, 2013).

Frente a estas ventajas, existen percepciones que dificultan la abstinencia a las fumadoras que quieren dejarlo. En efecto, algunos estudios señalan que las mujeres confían menos en sus posibilidades de superar el tabaquismo (Blake et al., 1989, cit. en ibídem), debido a que son proclives a anticipar la aparición de síntomas negativos (Toll et al., 2008, cit. en ibídem). Si se comparan con los hombres, además, ellas esperan un síndrome de abstinencia más duro (Hendricks et al., 2014, citado en Hemsing et al., 2015).

En lo que se refiere al nexo entre salud mental y el consumo de tabaco, existen evidencias de que el estrés, la depresión, el trauma y, en general, las emociones negativas están estrechamente vinculadas con el tabaquismo femenino. Como se ha indicado anteriormente, las mujeres utilizan el tabaco para aliviar el estrés en mayor proporción que los hombres (De Higes y Ramos Pinedo, 2013; Hemsing et al., 2015), tendencia que podría agravarse entre grupos sociales desfavorecidos (Hemsing et al., 2015). Según Cisler et al. (2011) [cit. en ibídem] este mismo mecanismo sería también utilizado en mayor medida por las mujeres como respuesta a un trauma.

El nexo entre estrés y tabaco se ha confirmado en estudios sociales cuantitativos y cualitativos, así como en investigaciones de laboratorio como la firmada por Saladin et al. (2012), en la cual las fumadoras mostraban un mayor estrés y agitación, y expresaban sufrir un mayor síndrome de abstinencia que los fumadores cuando se les mostraban estímulos relacionados con el tabaco. Además, hay que tener en cuenta que las mujeres afrontan el estrés de manera más pasiva que los hombres, lo que favorece el consumo de tabaco (De Higes y Ramos Pinedo, 2013). Todo ello se refleja en mayores tasas de recaída (De Higes y Ramos Pinedo, 2013; Hemsing et al., 2015).

La depresión también aparece relacionada con el tabaquismo en la literatura sobre adicciones y género, un dato particularmente importante habida cuenta de que la prevalencia de esa enfermedad mental es mayor entre las mujeres (De Higes y Ramos Pinedo, 2013). Durante el proceso del abandono, estas presentan síntomas depresivos en mayor proporción que los hombres (ibídem) y la depresión se ha señalado como un obstáculo para completar tratamientos de deshabituación (véase más adelante Marqueta et al., 2013). En este línea, un estudio prospectivo de Cooper et al. (2016) con cohortes de fumadores de Canadá, los Estados Unidos, el Reino Unido y Australia (6.811 personas en total) concluye que la depresión motivaba los intentos de abandono. En el caso de los hombres, el diagnóstico de esta enfermedad no preveía la abstinencia al cabo de un mes de intentar dejar el tabaco. En el caso de las mujeres, en cambio, tanto los síntomas de depresión (OR = 0,63; CI = 0,49-0,81) como el diagnóstico de esta (OR = 0,46; IC = 0,34-0,63) preveían negativamente la abstinencia. Por otro lado, fumar también se ha descrito como una práctica de automedicación para combatir la depresión (cfr. Croghan et al., 2009: 66).

El último de los factores psicológicos de riesgo apuntado en la documentación seleccionada se refiere al recuso al tabaco como instrumento para controlar el peso. Como explican De Higes y Ramos Pinedo (2013), el vínculo entre tabaco y peso tiene una base fisiológica, en tanto en que las mujeres que dejan de fumar experimentan un mayor aumento de peso que los hombres en las mismas circunstancias. Sin embargo, la preocupación por el sobrepeso

que viven muchas (ex)fumadoras en el marco del consumo y la abstinencia de tabaco no se puede comprender únicamente en términos de salud, en la medida en que existe una notable presión social para que las mujeres se adapten al canon de femenino de belleza occidental vigente hoy día, que tiene en la delgadez uno de sus pilares.

Para terminar este análisis de factores que facilitan o dificultan el abandono del tabaco para mujeres y hombres, se examinarán los factores de riesgo y protección ligados al género que podrían clasificarse como relacionales. Esta categoría englobaría el papel de las interacciones sociales en el consumo y cese del tabaco, ya sea a escala micro (relaciones de pareja, familiares, de amistad) o macro (estigma, por ejemplo). Tal y como se ha comentado, la dimensión social del tabaquismo parece más relevante en mujeres que en hombres, pues se ha comprobado que los estímulos sociales (junto con los sensoriales) predominan en la dependencia femenina (De Higes y Ramos Pinedo, 2013) y las mujeres achacan en mayor medida su hábito a motivaciones sociales (Sohlberg, 2015). A la hora de dejar de fumar, el apoyo del entorno cercano, y especialmente de la pareja, es muy importante. En su artículo de revisión, Bottorff et al. (2014: 8) sintetizan los resultados de varios estudios sobre abandono del tabaco en pareja, uno de los cuales (Westmaas et al., 2002) señala que las mujeres parecen influir en el abandono del tabaco de sus parejas en mayor proporción que a la inversa, apuntando igualmente que las fumadoras pueden percibir en mayor medida las sugerencias para que abandonen el tabaquismo como una crítica a su desempeño de los roles de género que tienen asignados. Para terminar con el papel del entorno, cabe añadir que la estigmatización de las fumadoras puede influir notoriamente en el proceso de abandono, por ejemplo, desmotivando a las fumadoras en peor posición socioeconómica y obstaculizando su acceso a tratamiento (cfr. Hemsing et al., 2015: 278).

2.4.2 El impacto de las desigualdades socioeconómicas en el abandono del tabaquismo de hombres y mujeres

El estatus social –definido bien como nivel educativo, bien como situación socioeconómica– ejerce una importante influencia en el abandono del tabaquismo, que varía sin embargo según el género. Tres de las investigaciones revisadas analizan este fenómeno (Nagelhout, 2012; Bacigalupe, 2012; Legleye et al., 2009). En todas ellas se utilizan *odds ratio*, que permiten examinar las diferencias intragrupalas entre mujeres, por un lado, y hombres, por otro, pero no comparar las existentes entre mujeres y hombres, tomados. Este aspecto sí es abordado en el artículo de Legleye et al. (2009) sobre el consumo de tabaco en Francia, que recurre, además, a los ratios de género. De acuerdo con dicho indicador, la probabilidad de las mujeres francesas con menor nivel educativo de dejar de fumar antes de los 40 años era inferior a la de los hombres en sus mismas condiciones sociales: en concreto, un 15% inferior en las mujeres de mayor edad (nacidas entre 1930 y 1945), un 8% en las de edad intermedia (nacidas entre 1946 y 1965) y un 28% inferior en las más jóvenes (nacidas entre 1966 y 1987). Como se puede comprobar, esa desigualdad se ha mantenido de una generación a otra, e incluso se ha incrementado en la más reciente.

Tabla 5. Grado de desigualdad en la tasa de abandono del consumo de tabaco, según sexo, edad y nivel de estudios

Documento	Datos (año)	Indicador de desigualdad	Edad (años)	Magnitud de la desigualdad ^{1, 2}	
				Hombres	Mujeres
Nagelhout (2012)	2008	Odds ratio	Población general	0,84*	0,56*
Bacigalupe (2012)	2007	Índice relativo de desigualdad (IRD)	25-44	0,65	0,42*
			≥ 45	0,79	0,60*
Legleye et al. (2011)	2005	Índice relativo de desigualdad (IRD)	18-39	0,55*	0,34*
			40-59	0,68*	0,51*
			60-75	0,79	0,49*

(1) Dado que cada estudio utiliza sus propias categorías de análisis para la variable *nivel de estudios* y diferentes indicadores de desigualdad, los resultados no son directamente comparables entre sí.

(2) Para simplificar la presentación de resultados, únicamente se ha indicado la magnitud de la desigualdad observada para las categorías superior e inferior de la variable *nivel de estudios* cuando el indicador utilizado ha sido la *odds ratio* o *rate ratio*. En caso de querer obtener información más detallada sobre los resultados, se recomienda consultar la documentación correspondiente.

(*) Estos resultados son estadísticamente significativos para $p < 0,05$.

Si se cotejan las *odds ratio* de hombres y mujeres, se comprueba que las desigualdades sociales intragrupos ante el abandono del tabaco son notablemente más acentuadas entre las mujeres que entre los hombres, salvo en la investigación de Bacigalupe (2012), donde se da el fenómeno inverso, aunque los datos carecen de significación estadística.

Tabla 6. Grado de desigualdad en la tasa de abandono del consumo de tabaco de la población, según sexo, edad y situación socioeconómica

Documento	Año datos	Indicador socioeconómico	Indicador de desigualdad	Población analizada		Magnitud de la desigualdad intragrupal ^{1, 2}	
				Origen	Edad (años)	Hombres	Mujeres
Bacigalupe (2012)	2007	Ocupacional: tipo de ocupación, categoría profesional y tipo de vinculación con la empresa	Índice relativo de desigualdad	CAE	25-44	0,43*	0,63
					≥ 45	0,77*	0,86
Nagelhout (2012)	2008	Nivel de ingresos	Odds ratio	Países Bajos	--	0,76*	0,56*

(1) Dado que cada estudio utiliza distintas categorías de análisis para la variable *nivel de ingresos* y diferentes indicadores de desigualdad, los resultados no son directamente comparables entre sí, incluso en los casos en que los tramos de edad sean coincidentes.

(2) Para simplificar la presentación de resultados, únicamente se ha indicado la magnitud de la desigualdad observada para las categorías superior e inferior de la variable *nivel de ingresos* cuando el indicador utilizado ha sido la *odds ratio* o *rate ratio*. En caso de querer obtener información más detallada sobre los resultados, se recomienda consultar la documentación correspondiente.

(*) Estos resultados son estadísticamente significativos para $p < 0,05$.

Para el caso del País Vasco, la tesis doctoral de Bacigalupe (2012) ofrece una interesante perspectiva longitudinal sobre cómo ha evolucionado la cesación del consumo de tabaco entre 1986 y 2007, analizando por género y edad los resultados de la Encuesta de Salud de Euskadi, así como datos de atención primaria en Osakidetza referidos al consejo antitabaco (2002 y 2007) y a las personas en programas de deshabituación (2010-2011).

Entre la población más joven (25-44 años), las tendencias difieren ligeramente por género. El abandono masculino muestra un comportamiento irregular y aunque puede decirse que se ha incrementado en los hombres de clase no manual desde 1997 y se ha mantenido prácticamente constante entre los de clase manual, las tasas de abandono continúan siendo menores entre los primeros. Así, en 2007 un hombre de clase social más desaventajada tenía muchas menos probabilidades de dejar de fumar que un hombre de clase más aventajada ($IRD = 0,43$, $IC = 0,23-0,77$). Entre las mujeres, por el contrario, el incremento de la cesación ha sido constante en ambas clases sociales, en especial en la clase social no manual. Hasta 1992, la probabilidad de dejar de fumar era más alta entre las mujeres de clase más desaventajada, pero ese año se invirtió la tendencia y desde entonces las de clase más aventajada dejan de fumar en mayor proporción. La evolución de las desigualdades no ha seguido una tendencia clara y los índices relativos de desigualdad no alcanzan significatividad estadística.

En términos generales, el consejo sanitario en las consultas de atención primaria se incrementó entre 2002 y 2007. En 2002, no se detectan patrones claros, pero en 2007 los grupos sociales menos favorecidos lo recibieron en mayor proporción, y las diferencias entre grupos presenta significatividad estadística entre las mujeres según su nivel de estudios ($IRD = 1,39$, $IC = 1,01-1,52$). Por lo que se refiere a la deshabituación tabáquica, la participación de los hombres en estos programas aumenta a medida que lo hace la privación de su área de residencia, de modo que los residentes en el quintil más desfavorecido recurren a esos servicios un 28% más que los del quintil más favorecido. Entre las mujeres, se observa, en general, una participación superior a la masculina en todos los quintiles, salvo en el más desfavorecido, donde la prevalencia es igual a la de los hombres. Las mujeres de este quintil son, precisamente, las que menos acuden a este tipo de programas; en el resto, en cambio, parece dibujarse un gradiente según el cual la participación aumenta a medida que lo hace privación. No obstante, ni en mujeres ni en hombres las desigualdades intergrupales resultan estadísticamente significativas.

Una vez examinados los datos de la población de entre 25-44 años, se hará lo propio con los de la población mayor de esa edad. En el caso de los hombres, el abandono del tabaquismo ha ido aumentando en las dos clases sociales, si bien el incremento ha sido muy superior entre los de clase social no manual (del 40,8% en 1986 al 59,9% en 2007). No obstante, los hombres de clase más aventajada han contabilizado una proporción creciente de abandonos durante el periodo, lo cual ha supuesto un incremento de las desigualdades ($IRD_{07} = 0,77$). Entre las mujeres, el aumento de las tasas de cesación también ha sido común a ambas clases sociales, si bien Bacigalupe subraya la disparidad entre las mujeres de clase no manual, donde se registra un incremento del 30%, y las de clase manual, donde ese aumento se limita al 6,2%. El rápido crecimiento de las tasas de abandono entre las mujeres en una posición social más desfavorecida en los últimos años ha dado lugar a una práctica desaparición de las desigualdades sociales intragrupal, de modo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en 2007 ($IRD = 0,86$, $IC = 0,56-1,30$).

Los datos relativos al consejo antitabaco difieren de los comentados para la población más joven. Entre las personas mayores de 44 años, también hay un aumento generalizado del consejo, pero en este caso se concentra en los hombres. Aquellos de clase social manual o menor nivel educativo lo reciben con más frecuencia, pero, en cualquier caso, el índice relativo de desigualdad no alcanza significatividad estadística. Entre las mujeres, son también las que ocupan una posición social más desfavorecida quienes fueron persuadidas con mayor frecuencia para dejar el tabaco, pese a lo cual las diferencias entre ambos grupos no son, tampoco en este caso, estadísticamente significativas.

La participación de las personas mayores de 44 años en programas para abandonar el tabaquismo también difiere respecto a la de las personas más jóvenes. Entre la población de mayor edad, la participación en estos tratamientos no se da con mayor frecuencia entre las mujeres, sino entre los hombres, observándose importantes diferencias en los grupos de mayor privación socioeconómica, con una prevalencia 3,5 veces superior entre los hombres del quintil menos favorecido. Otro dato reseñable lo constituye la existencia de un claro gradiente social, por el cual la población receptora de estos tratamientos aumenta con el nivel de privación del área de residencia, has llegar a ser un 55% superior en el caso del quintil más desfavorecido ($IRD = 2,39$, $IC = 1,38-4,12$). Entre las mujeres, no se vislumbra un patrón nítido, pero las ubicadas en el quintil menos favorecido muestran la prevalencia más baja de población en estos programas para dejar el tabaco.

2.4.3 Resultados de los programas de abandono del tabaquismo en hombres y mujeres

Una vez examinados los factores diferenciales que ayudan o dificultan a las mujeres dejar de fumar, así como las tasas de abandono por género, en este apartado se analizarán los resultados de los programas de deshabitación en función del género. Los estudios llevados a cabo sobre este aspecto son todavía incipientes y sus conclusiones no siempre ofrecen el nivel de evidencia científica que sería deseable, pero aun así aportan datos de indudable interés para optimizar el diseño de programas y, por extensión, incrementar las tasas de acceso a tratamiento.

Se han examinado ocho artículos que abordan estas cuestiones. Tres sintetizan estudios clínicos, dos realizados en los Estados Unidos (Gray et al., 2015; Piper et al., 2010) y otro en España (Puente et al., 2011). Además, hay dos estudios transversales (Croghan et al., 2009; Marqueta et al., 2013), una revisión sistemática con metanálisis (Bryant et al., 2011), un revisión sistemática (Torchalla et al., 2012) y una revisión de la literatura (De Higes y Ramos Pinedo, 2013). En los documentos seleccionados, están representadas las tres principales estrategias aplicadas en los tratamientos de deshabitación del tabaco, la farmacológica, la psicoterapéutica, y la mixta o multicomponente, siendo esta última la recomendada en las guías de práctica clínica (cfr. Fiore et al., 2008, cit. en Torchalla et al., 2012: 33).

Los interrogantes fundamentales a los que tratan de responder las investigaciones seleccionadas son cinco: a) hasta qué punto las tasas de abandono al final del tratamiento varían entre mujeres y hombres; b) qué características personales de las mujeres y hombres en tratamiento predicen el éxito o fracaso de éste; c) qué intervenciones obtienen buenos resultados entre las mujeres y cuáles resultan menos eficaces; d) si debería considerarse el factor género a la hora de organizar el apoyo psicosocial que se brinda a las mujeres que participan en programas de deshabitación tabáquica; y e) qué consideraciones deben tomarse en cuenta en los tratamientos dirigidos a mujeres especialmente vulnerables al

consumo de tabaco, como aquellas con bajo nivel socioeconómico, las embarazadas o las más jóvenes.

La literatura consultada no encuentra apenas diferencias entre las tasas de abstinencia alcanzadas por mujeres y hombres que reciben un mismo tratamiento. El estudio más rotundo a este respecto es el elaborado por Puente et al. (2011), que examina una amplia muestra de 2.827 pacientes atendidos en 82 centros sanitarios de 13 comunidades autónomas dentro de la Intervención Sistemática sobre Tabaquismo en Atención Primaria de Salud (ISTAPS). Este programa de deshabituación de seis meses se basaba en entrevistas motivacionales adaptadas a las distintas fases del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente. En torno a la quinta parte de la muestra (un 21% de los hombres y un 19,4% de las mujeres) recibió, además, terapia farmacológica. Al cabo de un año, la proporción de hombres que habían permanecido abstinentes durante seis meses superaba ligeramente al de mujeres (9,4% frente a 8,5%), pero los análisis de regresión no muestran diferencias estadísticas significativas según el género (OR = 0,9; IC = 0,7-1,2).

Otro trabajo en esta línea es el de Piper et al. (2010), que examina la abstinencia alcanzada mediante programas predominantemente farmacológicos en mujeres, población negra y personas con bajo nivel socioeconómico, comparando los resultados obtenidos por género y fármacos utilizados⁶. El estudio se compone de dos pruebas clínicas. En la prueba de eficacia, no se detectaron diferencias de género en las tasas de abstinencia ni al terminar el tratamiento, ni a los dos meses, pero a los seis las mujeres presentaban una menor probabilidad que los hombres de permanecer abstinentes (30,6% frente a 36,5%; OR = 0,77, p = 0,02, IC = 0,62-0,96). En la prueba de eficiencia, esa circunstancia se registraba tanto a los dos meses (31,1% frente a 40%; OR = 0,66, p < 0,001, IC = 0,53-0,83) como a los seis (18,7% frente a 26,8%; OR = 0,062, p < 0,001, IC = 0,48-0,81).

Mientras que unas investigaciones se preguntan si mujeres y hombres tienen similares probabilidades de completar satisfactoriamente un tratamiento, otras tratan de averiguar si existen características personales diferenciadas por género que permitan predecir el éxito o fracaso de aquel. En un estudio retrospectivo llevado a cabo en los Estados Unidos con una muestra de 3.398 pacientes en tratamiento multicomponente para dejar el tabaco, Croghan et al. (2009) rechazan esa hipótesis: las características personales de mujeres y hombres que seguían el mismo tratamiento, pese a ser muy distintas, no aparecen estadísticamente relacionadas con la tasa de abstinencia a los seis meses. En cambio, Marqueta et al. (2013) llegan al resultado opuesto al evaluar un programa multicomponente con una muestra de 1.302 personas que acudían a una unidad de tabaquismo en la ciudad de Zaragoza. El tratamiento consistía en nueve sesiones grupales de terapia cognitivo-conductual desarrolladas a lo largo de tres meses y completadas con farmacoterapia (tratamiento sustitutivo con nicotina, bupropión y vareniclina). Los resultados de este estudio transversal ponen de manifiesto que las mujeres de mayor edad (OR = 1,03; IC = 1,01-1,05), las que menos cigarrillos al día fumaban (OR = 0,97; IC = 0,95-0,99) y las que no padecían ansiedad o depresión durante el tratamiento (OR = 1,80; IC = 1,08-2,97) obtenían mayores tasas de abstinencia continua a los tres meses. En cambio, entre los hombres las características que predecían la abstinencia eran tener una pareja no fumadora (OR = 1,96; IC = 1,15-3,34) o exfumadora (OR = 1,87; IC95%: 1,04-3,35). Así pues, las mujeres que no presentaban ansiedad o depresión durante el tratamiento y los hombres con parejas no fumadoras o exfumadoras tenían la mitad de posibilidades de recaída.

⁶ Se consideran cinco posibles tratamientos: parches de nicotina; pastillas de nicotina; bupropión; bupropión y pastillas de nicotina; parches de nicotina y pastillas de nicotina.

El artículo de De Higes y Ramos Pinedo (2013) ofrece una buena síntesis de la eficacia de los tratamientos de deshabituación desde una perspectiva de género, en especial de los de tipo farmacológico. De acuerdo con este documento, los metanálisis publicados sobre terapia sustitutiva con nicotina llegan a resultados contradictorios, si bien parece haber acuerdo en que estas intervenciones son más eficaces que el placebo tanto en hombres como en mujeres. El bupropión aparece también indicado en el tratamiento femenino de la adicción al tabaco, pues el metanálisis de Scharf (2004) sobre doce estudios clínicos reseñado en este artículo descarta diferencias estadísticamente significativas en los resultados de hombres y mujeres. Además, las autoras subrayan la utilidad de este medicamento para mitigar “dos de los mayores conflictos en el abandono del tabaco en mujeres: la depresión y el aumento del peso” (De Higes y Ramos Pinedo, 2013: 118). La vareniclina ha sido objeto de menor número de investigaciones, pero las reseñadas en este artículo muestran su eficacia sin diferencias estadísticamente significativas por género⁷. De los estudios realizados con antidepresivos, solo la naltrexona “ha demostrado cierta eficacia en mujeres cuando presentaban historia de depresión mayor” (ibídem: 119). En cuanto a la utilidad del tratamiento cognitivo-conductual, las autoras se limitan a constatar que el consejo y la intervención breve tienen un efecto modesto tanto en hombres como en mujeres, mientras que las terapias intensivas sí parecen modular la respuesta femenina al tratamiento farmacológico (y con mayor intensidad que entre los hombres).

La existencia de variables ligadas al género que pueden favorecer o dificultar la abstinencia una vez terminado un programa de deshabituación ha dado pie a un puñado de estudios que se preguntan por las eventuales ventajas de los tratamientos dirigidos solo a mujeres. Torchalla et al. (2012) realizan una interesante revisión sistemática de la literatura sobre este tipo de intervenciones, que las guías de práctica clínica solo recomiendan en el caso de mujeres embarazadas (Fiore et al., 2008, cit. en Torchalla et al., 2012). Para ello, examinaron 39 estudios, 36 de los cuales se desarrollaron en los Estados Unidos, y otros 3, en otros países (en Canadá, Nueva Zelanda y Suecia, respectivamente). Se trata, en su mayor parte, de programas multicomponente que comparan tratamientos convencionales con otros que abordan factores que se han asociado al tabaquismo femenino, como el control de peso o el estrés. La muestra incluye programas implementados en entornos médicos e intervenciones sin contacto personal, analizándose en algún caso la efectividad del tratamiento en función de la fase del ciclo menstrual en el que se inicie.

El escaso número de programas similares susceptibles de ser comparados entre sí, así como las metodologías empleadas en la literatura consultada condicionan notablemente el alcance de esta revisión (ibídem: 46). Por ejemplo, ninguno de los estudios clínicos contrasta los resultados del grupo de mujeres en tratamiento con los de grupos mixtos, de forma que es imposible deducir si los tratamientos solo para mujeres bastan para mejorar las tasas de abstinencia femeninas. Tampoco se pudo determinar si los programas solo para mujeres son más eficaces cuando abordan cuestiones de género vinculadas al tabaquismo que cuando no lo hacen.

Al margen de esas limitaciones, Torchalla et al. ponen de relieve que la mayoría de los programas exclusivos para mujeres de la revisión ayudaban a las mujeres a dejar de fumar, aunque parecían alcanzar tasas de abstinencia similares a aquellos sin especificidades de sexo/género. En este sentido, consideran que pueden contribuir a “reducir las barreras de acceso al tratamiento y satisfacer mejor las preferencias de las fumadoras” (ibídem: 33). Por

⁷ Hemsing et al. (2015), no obstante citan un estudio que sugiere que podría ocasionar mayores efectos secundarios mayores efectos secundarios (nauseas) entre las mujeres.

tipos de programas, el estudio califica de prometedores los diseñados para controlar el peso durante los tratamientos de deshabituación tabáquica. Dentro de este grupo, los mejores resultados se obtienen en los programas de fomento del ejercicio físico, si bien requieren de un seguimiento estrecho para asegurar el su cumplimiento. Los resultados de las terapias cognitivas para controlar el peso arrojan menos evidencias de éxito, pero también se consideran prometedores. En cambio, los programas para controlar los trastornos de humor o estrés se muestran menos eficaces que sus alternativas.

Conocer mejor las estrategias más adecuadas para que mujeres y hombres superen el tabaquismo debe servir para mejorar los programas y aumentar las tasas de abandono, pero no puede caerse en el error de considerar a las mujeres (ni a los hombres) como un grupo social homogéneo. Un pequeño corpus de investigaciones indaga, precisamente, en las especiales dificultades que determinados grupos de mujeres encuentran para dejar el tabaco. Las que cuentan con bajos ingresos son objeto de estudio en la revisión sistemática y metaanálisis de Bryant et al. (2011), estudio en el que se examinan tres intervenciones psicoterapéuticas que incluían entrevistas motivacionales, material de autoayuda y apoyo personalizado, y que se llevaron a cabo en consultas pediátricas o clínicas de planificación familiar estadounidenses. El análisis combinado de las respectivas muestras señala que el enfoque propuesto conseguía a las 6-12 semanas unas tasas de abstinencia más elevadas entre las mujeres con bajos ingresos participantes que tratamientos convencionales o centrados en el consejo breve (*brief advice*) [RR = 1,68; IC =1,21-2,33, I² = 0%], si bien los resultados a más largo plazo perdían significatividad estadística.

Varios de esos estudios figuran también en la revisión de Torchalla et al. (2012: 48), para quienes los buenos resultados obtenidos avalan las intervenciones de deshabituación tabáquica dirigidos a mujeres desfavorecidas que se implementan a través de centros sanitarios de atención primaria. Otras investigaciones examinadas en esta revisión les llevan, además, a recomendar el asesoramiento mediante llamadas telefónicas o mensajes electrónicos como una estrategia apropiada para llegar a fumadoras con dificultades para acudir periódicamente a un centro médico, ya sea porque están volcadas en la crianza de niños/as pequeños/as o porque no disponen de opciones de transporte satisfactorias o asequibles.

2.5. Conclusiones

La literatura especializada en adicciones ha puesto de relieve las diferencias entre hombres y mujeres en relación al consumo de tabaco, diferencias que se manifiestan en el inicio, la prevalencia, la intensidad y en los procesos de abandono. Determinadas variables parecen afectar en exclusiva o preferentemente a uno de los dos géneros, mientras que otras parecen incidir en un sentido distinto en mujeres y en hombres.

En lo que se refiere al inicio del consumo durante la adolescencia, la inmensa mayoría de los estudios analizados señalan que los factores de riesgo son más numerosos o tienen mayor fuerza entre las chicas. Las investigaciones sobre la influencia del grupo de iguales no arrojan resultados estadísticamente significativos, pero los que abordan la influencia del entorno familiar muestran que el consumo parental y de otros miembros del hogar incide en mayor proporción entre las chicas. El modo en que las características psicológicas o las

circunstancias personales afectan al inicio del consumo también varía según el género. Así, los síntomas depresivos, más habituales entre las mujeres, parecen propiciar el inicio del consumo femenino, y lo mismo cabe decir de la ausencia de emociones positivas, variable que parece no afectar al masculino. La autoestima aumenta la probabilidad de consumo entre las chicas, pero tiene el efecto contrario entre los chicos. Los acontecimientos vitales negativos, por su parte, favorecen la probabilidad de consumo entre los chicos, pero no entre las chicas; el estrés negativo en el colegio o en el grupo de iguales aumenta la posibilidad de que las chicas empiecen a fumar; y el estrés familiar negativo o el estrés personal positivo incrementan, en cambio, la probabilidad de que los chavales comiencen a fumar. En cuanto a la identificación con los valores y roles de género, los estudios consultados ofrecen resultados contradictorios respecto a su influencia sobre el inicio del hábito tabáquico.

Las actividades de ocio y tiempo libre se han considerado tradicionalmente de gran importancia de cara a la prevención del consumo. A este respecto, se ha constatado que acudir a bares y discotecas de forma habitual constituye un factor de riesgo tanto para chicos como para chicas, mientras que salir con amistades propicia el inicio del consumo femenino en mayor medida que el masculino. Las actividades desarrolladas fundamentalmente en el domicilio (leer, ver la televisión, escuchar música o navegar por internet) aparecen como factores de protección para chicos y chicas, pero hacer deporte parece prevenir el inicio del consumo solo de los chicos.

Dentro de las variables sociodemográficas, se han revisado estudios sobre la edad y el origen étnico-racial. En el primer caso, parece que la probabilidad de adquirir el hábito tabáquico durante la adolescencia aumenta con la edad, y que esa correlación es mayor entre los chicos. Los estudios sobre la influencia de la identidad cultural y racial examinan poblaciones muy diversas, y por tanto, resultan difícilmente comparables, pero sus conclusiones muestran que influyen sobre el inicio del consumo adolescentes, y que en muchos casos, lo hacen además de forma distinta en chicas que en chicos.

El análisis de las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco de hombres y mujeres reviste un gran interés. La literatura revisada apunta a que, por lo general, existe un gradiente social negativo asociado a la probabilidad de iniciarse en el consumo de tabaco, según el cual las personas que ocupan una posición socioeconómica más desventajada o cuentan con un menor nivel de estudios presentan un riesgo más elevado de empezar a fumar. Estas desigualdades son mayores cuando se utiliza como indicador el nivel de estudios, se acentúan generalmente entre las generaciones más jóvenes; además, su magnitud es mayor entre los hombres en aquellos países donde el consumo de tabaco se introdujo de forma más tardía, y resulta más abultada entre las mujeres allí donde la epidemia tabáquica se encuentra en un estadio más avanzado.

En cuanto a la prevalencia del tabaquismo, se han observado algunas desigualdades de género por nivel de estudios: entre las mujeres, las generaciones más jóvenes con estudios superiores presentan tasas de consumo más elevadas que los hombres en su misma situación, mientras que entre la población con bajos estudios, la probabilidad de consumo es más elevada entre los hombres. Cuando el foco se pone sobre las desigualdades intergrupales, se manifiesta un gradiente social negativo que afecta tanto a mujeres como a hombres, con la salvedad de las mujeres mayores de los países del sur de Europa, donde apenas diferencias por estatus socioeconómico o el gradiente social es positivo. Las variables que mejor explican estas desigualdades dependen del género, la edad y el país de residencia. En el norte de Europa, el nivel educativo aparece como la variable con mayor capacidad

explicativa entre las personas más jóvenes (25-39 años), sean hombres o mujeres, mientras que la clase ocupacional y el régimen de tenencia de la vivienda habitual se configuran como las variables más relevantes entre las personas de mayor edad (40-60 años). En el sur de Europa, el nivel educativo es la variable que mejor explica las desigualdades detectadas en hombres más jóvenes y mujeres de mayor edad; el nivel de bienestar material ocupa la misma categoría para los hombres de mayor edad; y el estatus ocupacional, para las mujeres más jóvenes.

Igual que sucede en otros lugares, en Euskadi también se ha constatado un gradiente social negativo asociado a la prevalencia del consumo de tabaco. Medidas en términos de nivel de estudios (si se definen como clase ocupacional no alcanzan significatividad estadística), tales desigualdades han crecido entre los hombres más jóvenes (25-44) y los de mayor edad (45-64), han descendido entre las mujeres de mayor edad y presentan una tendencia mixta entre las mujeres más jóvenes.

Las desigualdades no se limitan al consumo de tabaco en general, sino que también se han señalado en el consumo intensivo. Así, se ha puesto de manifiesto que las mujeres que son grandes fumadoras gozan de peor posición social que el conjunto de fumadoras y presentan además mayor probabilidad de estar en desempleo y tener un bajo nivel de ingresos que los grandes fumadores. En el caso concreto de Euskadi, las mayores desigualdades en cuanto a tabaquismo intensivo se producen entre los hombres y, concretamente, entre los hombres más jóvenes. Los datos señalan igualmente un aumento de las desigualdades a partir de 2002, si bien los resultados sólo alcanzan significatividad estadística entre los hombres más jóvenes y en 2007.

Finalmente, se expondrán las conclusiones extraídas de la revisión de la literatura en lo que respecta a las diferencias de género en el abandono del tabaquismo. Para ello, se indagará en tres factores que facilitan o dificultan ese proceso: biológicos, psicológicos y relacionales.

Desde el punto de vista biológico, se ha señalado que el metabolismo femenino de la nicotina es más rápido y que el síndrome de abstinencia se intensifica durante determinada fase del ciclo menstrual. No parece haber, en cambio, diferencias significativas entre mujeres y hombres en lo que respecta a dependencia, si bien ciertos estudios sostienen que las mujeres podrían requerir menos dosis de nicotina para llegar a depender de esta sustancia. El tipo de dependencia sí presenta particularidades de género, pues entre los hombres predomina el estímulo nicotínico, y entre las mujeres, los estímulos sensoriales y sociales.

Los estudios sobre psicología del tabaquismo destacan que las mujeres son más conscientes tanto de los perjuicios y riesgos del tabaquismo como de las ventajas de la abstinencia. Las mujeres también parecen más propensas a buscar ayuda para dejar el hábito. Sin embargo, suelen temer en mayor medida las dificultades propias del abandono, esperan un síndrome de abstinencia más duro y confían menos en sus posibilidades de superar el tabaquismo. En cuanto al nexo entre salud mental y consumo de tabaco, existen evidencias de que el estrés, la depresión, el trauma y las emociones negativas se asocian en mayor medida con el tabaquismo femenino. Además, se ha comprobado que las mujeres tienden a utilizar el tabaco como instrumento de control de peso en mayor proporción que los hombres.

Entre los factores relacionales asociados al género, se ha estudiado el efecto sobre el abandono de las relaciones de pareja y del estigma social vinculado al tabaquismo. En el primer caso, parece que las mujeres influyen en el abandono del tabaco de sus parejas en

mayor proporción que a la inversa. El estigma social, por su parte, puede dificultar el abandono de las fumadoras en peor posición socioeconómica.

Un último factor que marca diferencias de género en el abandono del tabaco es el estatus social. Las investigaciones consultadas que abordan esta cuestión lo hacen preferentemente comparando las diferencias internas entre mujeres y hombres, y a este respecto, observan un gradiente social positivo en ambos géneros tanto si lo que se mide es el nivel de estudios como la situación socioeconómica. Es decir, las personas con estatus social más bajo no sólo tienen mayores probabilidades de iniciarse en el consumo, sino que también dejan el hábito en menor proporción. Cuando al análisis se le añade la variable de edad, se detecta que esas desigualdades se concentran entre la población más joven. El único estudio que examina ratios de género, y, por tanto, permite comparar resultados entre mujeres y hombres, corrobora las conclusiones anteriores: las fumadoras con bajo nivel educativo tenían menores probabilidades de dejar el tabaco que los fumadores de su misma condición, y además este fenómeno se ha mantenido entre generaciones.

Para el caso concreto de Euskadi, la evolución de las desigualdades sociales intragrupo referidas al abandono del tabaco de mujeres y hombres dibujan tendencias ligeramente distintas según la edad. Entre la población menor de 45 años, el abandono se ha incrementado en los hombres de clase no manual, manteniéndose prácticamente constante en los de clase manual; entre las mujeres, en cambio, el aumento se ha dado en ambas clases, siendo las mujeres de clase más aventajada las que abandonan el hábito en mayor medida. Entre las personas mayores de 45 años, las tasas de cesación se han incrementado en ambos géneros y en todos los grupos socioeconómicos, en especial entre las clases no manuales.

Por último, se presentan a continuación de forma resumida las principales conclusiones referentes a las desigualdades de género observadas en los programas de abandono del tabaquismo, agrupándolas en torno a cinco interrogantes:

- ¿Hasta qué punto las tasas de abandono al final del tratamiento varían entre mujeres y hombres? La literatura consultada apenas encuentra diferencias entre las tasas de abstinencia alcanzadas por mujeres y hombres que reciben un mismo tratamiento.
- ¿Qué características personales de las mujeres y hombres en tratamiento predicen el éxito o fracaso de un tratamiento? Se ha defendido que las mujeres sin ansiedad ni depresión durante el tratamiento y los hombres con parejas no fumadoras o exfumadoras tenían la mitad de posibilidades de recaída que el resto. No obstante, hay estudios que rechazan diferencias en este sentido.
- ¿Qué intervenciones obtienen buenos resultados entre las mujeres? Los metaanálisis sobre terapia sustitutiva con nicotina arrojan resultados contradictorios, si bien hay consenso en que son más eficaces que el placebo. El bupropión y la vareniclina también están indicados para el tratamiento del tabaquismo femenino. La naltrexona presenta cierta eficacia en mujeres fumadoras con depresión mayor. El tratamiento cognitivo-conductual intensivo parece modular el tratamiento farmacológico.
- ¿Debería considerarse el factor género a la hora de organizar el apoyo psicosocial que se brinda a las mujeres que participan en programas de deshabituación tabáquica? El enfoque de género en los programas pueden facilitar el acceso al tratamiento y satisfacer mejor las necesidades de las fumadoras, pero este tipo de intervenciones parecen alcanzar tasas de abstinencia similares a las de tratamientos convencionales.

Los programas que se antojan más prometedores son diseñados para ayudar a controlar el peso durante el tratamiento, y dentro de esta categoría aquellos que fomentan el ejercicio físico.

- ¿Qué consideraciones deben tomarse en cuenta en los tratamientos dirigidos a mujeres especialmente vulnerables al consumo de tabaco, como aquellas con bajo nivel socioeconómico, las embarazadas o las más jóvenes? La atención en centros sanitarios de atención primaria, el apoyo o asesoramiento individualizado (ya sea personal, ya a través de llamadas o mensajes electrónicos) y la entrega de materiales de autoayuda se describen como estrategias particularmente eficaces en estos casos.

Listado de documentos de la revisión bibliográfica

Área temática: factores de riesgo y protección frente al consumo					
Referencia	Año	Tipo estudio	País	Población analizada	Tamaño muestral
Rodríguez-Planas, N. y Sanz de Galdeano, A. (2016) <i>Social norms and teenage smoking: the dark side of gender equality</i> . Serie: IZA Discussion Paper n. 10134. Bonn, Institute for the Study of Labor, 55 p. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/516486	2016	Estudio transversal	España	15-18 años. Inmigrantes de segunda generación residentes en España.	> 6.000
Wellman, R.J. et al. (2016) "Predictors of the onset of cigarette smoking: A systematic review of longitudinal population-based studies in youth". <i>American Journal of Preventive Medicine</i> , vol. 51, p. 767-778. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.003	2016	Revisión sistemática	--	--	53 estudios
Hansen, W.B. y Hansen, J.L. (2016) "Using attitudes, age and gender to estimate an adolescent's substance use risk". <i>Journal of Children's Services</i> , vol. 11, n. 3, p. 244-260. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/516602	2016	Estudio transversal	EE.UU., Irlanda	11- 17 años	35.987
Audrain-McGovern, J. et al. (2015) "Gender differences in the relationship between affect and adolescent smoking uptake". <i>Addiction</i> , vol. 110, p. 519-529. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/499037	2014	Estudio longitudinal	EE.UU.	14-18 años	N = 1357. Edad: 14-18.
Sánchez-López, M.P. et al. (2013) "Masculinity and femininity as predictors of tobacco and alcohol consumption in Spanish university students". <i>Salud y Drogas</i> , vol. 13, n. 1, p. 15-22.	2013	Estudio transversal	España	Sólo estudiantes de universidad. Media de edad H = 22,51 (SD = 3,10) y M = 21,56 (SD = 2,48).	854 419 hombres y 435 mujeres

Área temática: factores de riesgo y protección frente al consumo

Referencia	Año	Tipo estudio	País	Población analizada	Tamaño muestral
http://www.redalyc.org/html/839/83928046002/					
Rodríguez, P. et al. (2013) "Práctica del ejercicio físico y su relación con el consumo de tabaco en adolescentes. Diferencias entre géneros". <i>Adicciones</i> , vol. 25, n. 1, p. 29-36. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/191705	2013	Estudio transversal	España	14-17 años. Población escolarizada en la Región de Murcia.	845 (412 hombres y 433 mujeres)
Meneses, C. et al. (2013) "Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco)". <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , vol. 33, n. 119, p. 525-535. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/195494	2013	Estudio transversal	España (CCAA: Valencia, País vasco, Madrid)	Muestra representativa de la población latinoamericana residente en Valencia, País Vasco, Madrid.	1.126 48% hombres y 52% mujeres.
Pérez-Milena, A. et al. (2012) "Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano". <i>Gaceta Sanitaria</i> , vol. 26, n. 1, p. 51-57. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/184245	2012	Estudio transversal y análisis cualitativo	España (Jaen)	12-18 años. Muestreo intencional de adolescentes de un instituto urbano.	44 adolescentes (54% hombres y 46 % mujeres)
Sullivan, K.M. et al. (2011) "Does mother's smoking influence girls' smoking more than boys' smoking? A 20-year review of the literature using a sex- and gender-based analysis". <i>Substance Use and Misuse</i> , vol. 46, n. 5, p. 656-668. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/177925	2011	Revisión sistemática	--	12-19 años	57 estudios
Okoli, C. et al. (2013) "Sex differences in smoking initiation	2011	Revisión sistemática	--	8-19 años	12 estudios

Área temática: factores de riesgo y protección frente al consumo

Referencia	Año	Tipo estudio	País	Población analizada	Tamaño muestral
among children and adolescents". <i>Public Health</i> vol. 127, p. 3-10.					
García-Rodríguez, O. et al. (2010) "Smoking risk factors and gender differences among Spanish high school students". <i>Journal of Drug Education</i> , vol. 40, n. 2, p. 143-156. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/175089	2010	Estudio transversal	España (Barcelona)	Alumnado de la ESO de diez institutos, 12-16 años	2.841 (52,2% = H y 47,8% = M)
Liss-Levinson, R. (2010) <i>Girls, Gender Roles and Cigarettes: An Intersectional Analysis of Psycho-Social Influences on the Relationship between Depressive Symptoms and Smoking among Early Adolescents</i> . ProQuest LLC. 142 p.	2010	Estudio transversal	EE.UU.	13 años al comienzo del estudio 16 años al finalizar el estudio	23.776 adolescentes
Simons-Morton, B. y Farhat, T. (2010) "Recent findings on peer group influences on adolescent substance use". <i>Journal of Primary Prevention</i> , vol. 31, p. 191-208.	2010	Revisión literatura	--	--	--
Mercken, L. et al. (2010) "Smoking-based selection and influence in gender-segregated friendship networks: a social network analysis of adolescent smoking". <i>Addiction</i> , vol. 105, n. 7, p. 1280-1289. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/169214	2010	Estudio longitudinal	Finlandia	13 años al comienzo del estudio 16 años al finalizar el estudio	1.163
Booker, C.L. et al. (2008) "A longitudinal analysis of stressful life events, smoking behaviors, and gender differences in a multicultural sample of adolescents". <i>Substance Use and Misuse</i> , vol. 43, n. 11, p. 1521-1543. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/154655	2008	Estudio longitudinal	EE.UU.	11 años al comienzo del estudio. 12 años al finalizar el estudio.	728

Área temática: desigualdades sociales en el consumo de tabaco

Referencia	Año	Tipo estudio	País	Población analizada	Tamaño muestral
Bacigalupe, A. (2012) <i>Magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el tabaquismo en la comunidad autónoma de Euskadi: 1986-2007</i> . Tesis Doctoral. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona. https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=33330	2012	Estudio de tendencias en base a encuestas transversales	C.A Euskadi	Población no institucionalizada residente en la C.A. Euskadi ≥ 16 años. Datos procedentes de 5 oleadas de la Encuesta de la Encuesta de Salud del País vasco (ESCAV) (1986, 1992, 1997, 2002 2007)	
Nagelhout, G.E. et al. (2012) "Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey". <i>BMC Public Health</i> , vol. 12, p. 303. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-303	2012	Estudio de tendencias en base a encuestas transversales	Países Bajos	Población ≥ 15 años residente en Países Bajos. Datos procedentes de la encuesta anual <i>Dutch Continuous Survey of Smoking Habits</i> (DCSSH). Periodo 2001-2008.	En torno a 18.000 personas participantes en cada oleada de la encuesta. Muestra final: 144.733 personas.
Huang, J. (2011) "Socioeconomic status and women's smoking behavior: A literature review". <i>Global Journal of Health Science</i> , vol. 3, n. 1, p. 98-103. https://www.sjis.net/es/documentacion/catalogo/Record/194345	2011	Revisión sistemática	--	9 artículos Los artículos seleccionados fueron evaluados en base a su relevancia, rigor metodológico y confianza.	--
Bacigalupe A., et al. (2011) <i>Evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en la C.A. de Euskadi: 1986-2007</i> . Osagin Txostenak 2011-1. Vitoria-Gasteiz, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/eu_def/adjuntos/osagin/Osagin%20Tx	2011	Estudio de tendencias en base a encuestas transversales	C.A. Euskadi	Población no institucionalizada residente en la C.A. Euskadi ≥ 16 años. Datos procedentes de 5 oleadas de la Encuesta de la Encuesta de Salud del País vasco (ESCAV)	

Área temática: desigualdades sociales en el consumo de tabaco

Referencia	Año	Tipo estudio	País	Población analizada	Tamaño muestral
ostenak%202011-1.pdf				(1986, 1992, 1997, 2002 2007)	
Legleye, S. et al. (2011) "Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns: A cohort and gender analysis in France". <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , vol. 117, n. 2-3, p. 233-241. https://www.ssis.net/es/documentacion/catalogo/Record/182999	2011	Estudio de tendencias en base a encuestas transversales	Francia	18-75 años	25.239
Schaap, M. et al. (2008) "Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: Looking beyond educational level". <i>Nicotine & Tobacco Research</i> , vol. 10, p. 359-369. https://doi.org/10.1080/14622200701825098	2010	Estudio transversal	Europa (9 países) Finlandia, Dinamarca, Irlanda, Bélgica y Austria, España, Portugal, Italia y Grecia	Población de entre 25 y 60 años. Datos procedentes del Panel de Hogares de la Unión Europea de 1998.	45.765
Schaap, M.M. et al. (2009) "Female ever-smoking by educational level in 19 European countries in relation to economic development and women's emancipation". <i>Social Science and Medicine</i> , vol. 68, p. 1271-1278. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609000057?via=ihub	2009	Estudio transversal	Varios países (19 países europeos)	Mujeres ≥ 25 años. Los datos proceden de las encuestas nacionales de salud de cada país analizado.	151.313

Área temática: desigualdades sociales en el consumo de tabaco

Referencia	Año	Tipo estudio	País	Población analizada	Tamaño muestral
Tehranifar, P. et al. (2009) "Life course socioeconomic conditions, passive tobacco exposures and cigarette smoking in a multiethnic birth cohort of U.S. women". <i>Cancer Causes Control</i> , vol. 20, n. 6, p. 867-876. https://doi.org/10.1007/s10552-009-9307-1	2009	Estudio longitudinal	EE.UU.	41, 8 edad media	262
Augustson, E.M. et al. (2008) "Gender Differences among Hardcore Smokers: An Analysis of the Tobacco Use Supplement of the Current Population Survey". <i>Journal of Women's Health</i> , vol. 17, p. 1167-1173. https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0535	2008	Estudio transversal	EE.UU.	> 26 años	17.777
Idris, B.I. et al. (2007) "Higher smoking prevalence in urban compared to non-urban areas: time trends in six European countries". <i>Health & Place</i> , vol. 13, n. 3, p. 702-712. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2006.11.001	2007	Estudio de tendencias en base a encuestas transversales	Varios países: Suecia, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Italia, España.	25-79	279.278

Área temática: desigualdades sociales en el abandono del consumo de tabaco

Referencia	Año	Tipo estudio	País	Población analizada	Tamaño muestral
Saladin, M.E. et al. (2012) "Gender differences in craving and cue reactivity to smoking and negative affect/stress cues". <i>American Journal on Addictions</i> , vol. 21, n. 3, p. 210-220. https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/186734	2012	Estudio clínico	EE.UU.	Población fumadora de 18-40 años	90
Gray, K. M. et al. (2015) "An exploratory short-term double-blind randomized trial of varenicline versus nicotine patch for smoking cessation in women". <i>Addiction</i> , vol. 110, n. 6, p. 1027-1034. https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/502588	2015	Estudio clínico	EE.UU.	Población femenina fumadora de 18-45 años a la que se le ofrecía tratamiento	140
Piper, M. E. et al. (2010) "Gender, race, and education differences in abstinence rates among participants in two randomized smoking cessation trials". <i>Nicotine & Tobacco Research</i> , vol. 12, n. 6, p. 647-657. https://doi.org/10.1093/ntr/ntq067	2010	Estudio clínico	EE.UU.	Población adulta fumadora años a la que se le ofrecía tratamiento	1.628
Shiffman, S. et al. (2008) "Individual differences in adoption of treatment for smoking cessation: Demographic and smoking history characteristics". <i>Drug & Alcohol Dependence</i> , vol. 93, n. 1, p. 121-131. https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/152883	2003	Estudio transversal	EE.UU.	Población civil adulta no institucionalizada mayor que dejó el tabaco (o intentó hacerlo) el año anterior	12.027
Cooper, J. et al. (2016) "Depression motivates quit attempts but predicts relapse: differential findings for gender from the International Tobacco Control Study". <i>Addiction</i> , vol. 111, n. 8, p. 1438-1447. https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/514299	2006/2007-2010/2011	Estudio longitudinal	Canadá, EE.UU., Reino Unido, Australia	Población adulta fumadora	6.811

Área temática: desigualdades sociales en el abandono del consumo de tabaco

Referencia	Año	Tipo estudio	País	Población analizada	Tamaño muestral
Sohlberg, T. (2015) "Smoking cessation and gender differences – results from a Swedish sample". <i>Nat-Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , vol. 32, n. 3, p. 259-276. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/505395	2009-2010	Estudio transversal	Suecia	Población exfumadora de 16-80 años	1.683
Bryant, J. et al. (2011) "A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups". <i>Addiction</i> , vol. 106, n. 9, p. 1568-1585. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/180345	2011	Revisión sistemática	--	32 estudios, clasificados según su rigor metodológico.	--
Bottorff, J. L. et al. (2014) "Gender, smoking and tobacco reduction and cessation: A scoping review". <i>International Journal for Equity in Health</i> , n. 13, p. 114. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/500240	2014	Revisión sistemática	--	80 artículos	--
De Higes, E.B. y Ramos, Á. (2013) "Diferencias de género en el abandono del tabaco". <i>Prevención del Tabaquismo</i> , vol. 15, n. 3, p. 114-120. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/193971	2013	Revisión literatura	--	--	--
Puente, D. et al. (2011) "The role of gender in a smoking cessation intervention: a cluster randomized clinical trial". <i>BMC Public Health</i> , vol. 11, p. 369. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-369	2003-2006	Estudio clínico	España	Población fumadora de 14-75 años que acudía a centros de salud primaria y a la que se le ofrecía tratamiento	2.827
Marqueta, A. et al. (2013) "Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo". <i>Gaceta</i>	2002-2007	Estudio transversal	España	Población adulta fumadora que solicitó tratamiento en una unidad	1.302

Área temática: desigualdades sociales en el abandono del consumo de tabaco

Referencia	Año	Tipo estudio	País	Población analizada	Tamaño muestral
Sanitaria, vol. 27, n. 1, p. 26-31. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/189540				de tabaquismo	
Torchalla, I. et al. (2012) "Smoking cessation programs targeted to women: a systematic review". <i>Women & Health</i> , vol. 52, n. 1, p. 32-54. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/527740	2013	Revisión sistemática	EE.UU. (36), Canadá (1), Nueva Zelanda (1) y Suecia (1)	39 estudios	--
Hemsing, N. et al. (2015) "Tobacco cessation interventions for underserved women". <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i> , vol. 15, n. 3, p. 267-287. https://doi.org/10.1080/1533256X.2015.1054231	2015	Revisión literatura	--	--	--
Kong, G. et al. (2012) "Parental influence on adolescent smoking cessation: Is there a gender difference?" <i>Addictive Behaviors</i> , vol. 37, n. 2, p. 211-216. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/184753	2012	Estudio transversal	EE.UU.	Población fumadora de 14-18 años	253
Croghan, I. T. et al. (2009) "Gender differences among smokers receiving interventions for tobacco dependence in a medical setting". <i>Addictive Behaviors</i> , vol. 34, n. 1, p. 61-67. https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/158392	2004-2006	Estudio longitudinal	EE.UU.	Población adulta fumadora en tratamiento de deshabituación (hospitalario o ambulatorio)	3.398

2.6. Bibliografía

- Audrain-McGovern, J. et al. (2015) "Gender differences in the relationship between affect and adolescent smoking uptake". *Addiction*, vol. 110, p. 519-529.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/499037>
- Augustson, E.M. et al. (2008) "Gender Differences among Hardcore Smokers: An Analysis of the Tobacco Use Supplement of the Current Population Survey". *Journal of Women's Health*, vol. 17, p. 1167-1173. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0535>
- Bacigalupe A., et al. (2011) *Evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en la C.A. de Euskadi: 1986-2007*. Osagin Txostenak 2011-1. Vitoria-Gasteiz, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.
http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/eu_def/adjuntos/osa gin/Osagin%20Txostenak%202011-1.pdf
- Bacigalupe, A. (2012) *Magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el tabaquismo en la comunidad autónoma de Euskadi: 1986-2007*. Tesis Doctoral. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=33330>
- Booker, C.L. et al. (2008) "A longitudinal analysis of stressful life events, smoking behaviors, and gender differences in a multicultural sample of adolescents". *Substance Use and Misuse*, vol. 43, n. 11, p. 1521-1543. <https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/154655>
- Bottorff, J. L. et al. (2014) "Gender, smoking and tobacco reduction and cessation: A scoping review". *International Journal for Equity in Health*, n. 13, p. 114.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/500240>
- Bryant, J. et al. (2011) "A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups". *Addiction*, vol. 106, n. 9, p. 1568-1585. <https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/180345>
- Cooper, J. et al. (2016) "Depression motivates quit attempts but predicts relapse: differential findings for gender from the International Tobacco Control Study". *Addiction*, vol. 111, n. 8, p. 1438-1447.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/514299>
- Croghan, I. T. et al. (2009) "Gender differences among smokers receiving interventions for tobacco dependence in a medical setting". *Addictive Behaviors*, vol. 34, n. 1, p. 61-67.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/158392>
- De Higes, E.B. y Ramos, Á. (2013) "Diferencias de género en el abandono del tabaco". *Prevención del Tabaquismo*, vol. 15, n. 3, p. 114-120.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/193971>
- García-Rodríguez, O. et al. (2010) "Smoking risk factors and gender differences among Spanish high school students". *Journal of Drug Education*, vol. 40, n. 2, p. 143-156.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/175089>
- Gray, K.M. et al. (2015) "An exploratory short-term double-blind randomized trial of varenicline versus nicotine patch for smoking cessation in women". *Addiction*, vol. 110, n. 6, p. 1027-1034.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/502588>
- Hansen, W.B. y Hansen, J.L. (2016) "Using attitudes, age and gender to estimate an adolescent's substance use risk". *Journal of Children's Services*, vol. 11, n. 3, p. 244-260.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/516602>

Hemings, N. et al. (2015) "Tobacco cessation interventions for underserved women". *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, vol. 15, n. 3, p. 267-287.

<https://doi.org/10.1080/1533256X.2015.1054231>

Huang, J. (2011) "Socioeconomic status and women's smoking behavior: A literature review". *Global Journal of Health Science*, vol. 3, n. 1, p. 98-103.

<https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/194345>

Idris, B.I. et al. (2007) "Higher smoking prevalence in urban compared to non-urban areas: time trends in six European countries". *Health & Place*, vol. 13, n. 3, p. 702-712.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2006.11.001>

Kong, G. et al. (2012) "Parental influence on adolescent smoking cessation: Is there a gender difference?" *Addictive Behaviors*, vol. 37, n. 2, p. 211-216.

<https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/184753>

Legleye, S. et al. (2011) "Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns: A cohort and gender analysis in France". *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 117, n. 2-3, p. 233-241.

<https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/182999>

Liss-Levinson, R. (2010) *Girls, Gender Roles and Cigarettes: An Intersectional Analysis of Psycho-Social Influences on the Relationship between Depressive Symptoms and Smoking among Early Adolescents*. ProQuest LLC. 142 p.

Marqueta, A. et al. (2013) "Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo". *Gaceta Sanitaria*, vol. 27, n. 1, p. 26-31.

<https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/189540>

Meneses, C. et al. (2013) "Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco)". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 33, n. 119, p. 525-535.

<https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/195494>

Mercken, L. et al. (2010) "Smoking-based selection and influence in gender-segregated friendship networks: a social network analysis of adolescent smoking". *Addiction*, vol. 105, n. 7, p. 1280-1289.

<https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/169214>

Nagelhout, G.E. et al. (2012) "Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey". *BMC Public Health*, vol. 12, p. 303. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-303>

Okoli, C. et al. (2013) "Sex differences in smoking initiation among children and adolescents". *Public Health* vol. 127, p. 3-10.

Pérez-Milena, A. et al. (2012) "Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano". *Gaceta Sanitaria*, vol. 26, n. 1, p. 51-57.

<https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/184245>

Piper, M. E. et al. (2010) "Gender, race, and education differences in abstinence rates among participants in two randomized smoking cessation trials". *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 12, n. 6, p. 647-657. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq067>

Puente, D. et al. (2011) "The role of gender in a smoking cessation intervention: a cluster randomized clinical trial". *BMC Public Health*, vol. 11, p. 369. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-369>

- Rodríguez, P. et al. (2013) "Práctica del ejercicio físico y su relación con el consumo de tabaco en adolescentes. Diferencias entre géneros". *Adicciones*, vol. 25, n. 1, p. 29-36.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/191705>
- Rodríguez-Planas, N. y Sanz de Galdeano, A. (2016) *Social norms and teenage smoking: the dark side of gender equality*. Serie: IZA Discussion Paper n. 10134. Bonn, Institute for the Study of Labor, 55 p.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/516486>
- Saladin, M.E. et al. (2012) "Gender differences in craving and cue reactivity to smoking and negative affect/stress cues". *American Journal on Addictions*, vol. 21, n. 3, p. 210-220.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/186734>
- Sánchez-López, M.P. et al. (2013) "Masculinity and femininity as predictors of tobacco and alcohol consumption in Spanish university students". *Salud y Drogas*, vol. 13, n. 1, p. 15-22.
<http://www.redalyc.org/html/839/83928046002/>
- Schaap, M. et al. (2008) "Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: Looking beyond educational level". *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 10, p. 359-369. <https://doi.org/10.1080/14622200701825098>
- Schaap, M.M. et al. (2009) "Female ever-smoking by educational level in 19 European countries in relation to economic development and women's emancipation". *Social Science and Medicine*, vol. 68, p. 1271-1278. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609000057?via%3Dihub>
- Shiffman, S. et al. (2008) "Individual differences in adoption of treatment for smoking cessation: Demographic and smoking history characteristics". *Drug & Alcohol Dependence*, vol. 93, n. 1, p. 121-131. <https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/152883>
- Simons-Morton, B. y Farhat, T. (2010) "Recent findings on peer group influences on adolescent substance use". *Journal of Primary Prevention*, vol. 31, p. 191-208.
- Sohlberg, T. (2015) "Smoking cessation and gender differences – results from a Swedish sample". *Nat-Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 32, n. 3, p. 259-276.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/505395>
- Sullivan, K.M. et al. (2011) "Does mother's smoking influence girls' smoking more than boys' smoking? A 20-year review of the literature using a sex- and gender-based analysis". *Substance Use and Misuse*, vol. 46, n. 5, p. 656-668. <https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/177925>
- Tehraniifar, P. et al. (2009) "Life course socioeconomic conditions, passive tobacco exposures and cigarette smoking in a multiethnic birth cohort of U.S. women". *Cancer Causes Control*, vol. 20, n. 6, p. 867-876. <https://doi.org/10.1007/s10552-009-9307-1>
- Torchalla, I. et al. (2012) "Smoking cessation programs targeted to women: a systematic review". *Women & Health*, vol. 52, n. 1, p. 32-54.
<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/527740>
- Wellman, R.J. et al. (2016) "Predictors of the onset of cigarette smoking: A systematic review of longitudinal population-based studies in youth". *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 51, p. 767-778. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.003>

3. EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE TABACO EN EUSKADI DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

3.1. Objetivos y metodología

Como se ha explicado en el apartado introductorio, el objetivo de este capítulo es el de analizar, a partir de la información cuantitativa disponible y desde una perspectiva eminentemente sociológica, la relación de las mujeres vascas con el consumo de tabaco entre 1992 y 2012, y las principales diferencias que se observan en las tasas y patrones de consumo de tabaco de mujeres y hombres durante ese periodo. Más concretamente, los objetivos de este capítulo son:

- Analizar y describir la evolución de los principales indicadores asociados al consumo de tabaco, de cara a identificar los procesos de convergencia (o desconvergencia) de los consumos masculinos y femeninos a lo largo del periodo analizado.
- Identificar las diferencias que existen entre hombres y mujeres en relación al abandono del tabaco, desde una perspectiva exclusivamente cuantitativa (que, en general, complementa la visión cualitativa que se ofrece en el apartado siguiente).
- Describir las diferencias en cuanto a la percepción del riesgo de mujeres y hombres, así como en cuanto a la atribución de ventajas y riesgos al consumo (también desde una perspectiva exclusivamente cuantitativa).
- Analizar, mediante el uso de metodologías estadísticas más precisas, en qué medida la variable género influye en los indicadores de consumo y en qué medida los factores socioeconómicos o la edad influyen de la misma manera en las mujeres y en los hombres en lo que se refiere al consumo de tabaco y a su abandono.

Desde el punto de vista metodológico, todos los datos se derivan de una explotación estadística específica de la Encuesta de Adicciones de la CAPV – Euskadi y Drogas, que cubre el periodo que va de 1992 a 2012. Si bien Euskadi y Drogas no es la única encuesta que ofrece datos sobre el consumo de tabaco de mujeres y hombres –la serie de Encuestas de Salud del Departamento de Salud también ofrece datos al respecto–, constituye la principal serie estadística disponible en Euskadi en relación al consumo de tabaco y de otras sustancias adictivas. En cualquier caso, la utilización de los indicadores extraídos de esta

encuesta plantea algunas dificultades o limitaciones que es preciso señalar:

- Como se ha dicho, la serie de encuestas cubre el periodo que va de 1992 a 2012. En breve, este análisis podrá actualizarse con datos referentes a 2017, una vez se disponga de los datos de la encuesta correspondientes a esa oleada.
- La interpretación de los cambios que se han producido en relación al consumo de tabaco por parte de mujeres y hombres depende, en cierta medida, de los indicadores elegidos (consumo experimental, reciente, habitual, diario, intenso...). El análisis realizado combina el uso de diversos indicadores si bien el énfasis se ha puesto en los consumos más intensos y/o habituales.
- Las dinámicas internas y las diferencias intragrupo que se producen en el colectivo de hombres y mujeres no siempre son adecuadamente identificadas con los datos disponibles y/o los análisis realizados. En ese sentido, no debe olvidarse que, para muchos indicadores, las diferencias que existen entre mujeres de diferentes perfiles pueden ser más importantes o significativas que las que existen entre mujeres y hombres de la misma edad, nivel educativo o estatus socioeconómico.
- Finalmente, cabe señalar que, si bien en los epígrafes finales de este capítulo se han realizado una serie de regresiones logísticas para determinar el impacto de diferentes variables sobre los consumos de mujeres y hombres, el análisis realizado es básicamente descriptivo y pretende, fundamentalmente, describir los datos básicos disponibles en relación a uso del tabaco por parte de mujeres y hombres a lo largo de 20 años en Euskadi.

3.2. Evolución de los principales indicadores de consumo

3.2.1. Un proceso de convergencia entre los consumos de hombres y mujeres que comienza a revertir en los últimos años

Como se ha indicado en el apartado introductorio, el objetivo de este epígrafe es el de analizar, desde una perspectiva básicamente descriptiva, la evolución diferencial del consumo de tabaco de hombres y mujeres en Euskadi a lo largo del periodo que cubre la Encuesta de Adicciones en el País Vasco – Euskadi y Drogas (1992 a 2012⁸).

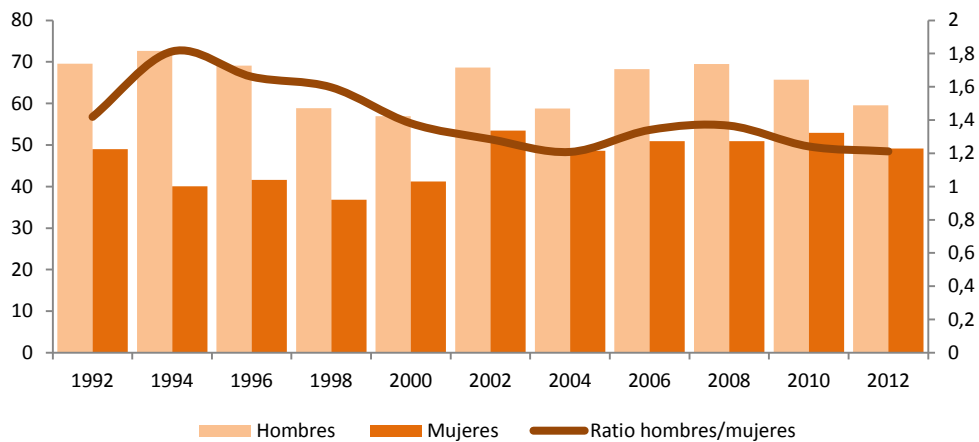
El primer indicador al que cabe hacer referencia en este repaso es el consumo experimental de tabaco –las personas que señalan haber consumido tabaco al menos una vez en su vida– en función del sexo de las personas consumidoras. El gráfico 1 pone de manifiesto varios datos de interés: por una parte, el incremento en el consumo femenino que se da en torno al cambio de siglo, cuando el consumo experimental femenino pasa del 37% en 1998 al 53% en 2002, para estabilizarse después en torno al 50%. Este incremento contrasta con una mayor estabilidad en todo el periodo del consumo masculino. En todo caso, el dato más relevante se refiere a la reducción entre 1994 y 2004 de la ratio de consumo de hombres y mujeres⁹, lo

⁸ Este análisis podrá actualizarse en breve, una vez se disponga de los datos de la encuesta relativos a 2017.

⁹ La ratio se calcula dividiendo la tasa de consumo masculina entre la femenina. Cuanto mayor es esa ratio, mayor es la diferencia entre los consumos de hombres y de mujeres. Cuando la ratio es negativa, el consumo de las mujeres es superior al de los hombres. Cuanto más se acerca a 1, menos diferencias existen entre ambos sexos.

que indica un proceso de convergencia clara en lo que se refiere a las tasas de consumo de hombres y mujeres: si en 1994 el consumo masculino multiplica por 1,8 el femenino, en 2004 lo multiplica por 1,2¹⁰. A partir de 2004, la ratio se mantiene constante, con un consumo masculino superior en un 20% al femenino. También cabe señalar en todo caso que, frente a la reducción de los consumos masculinos operada entre 2008 y 2012, el consumo experimental femenino apenas varió en aquellos años.

Gráfico 1. Evolución de la tasa de consumo experimental de tabaco en Euskadi, por sexo (1992-2012)

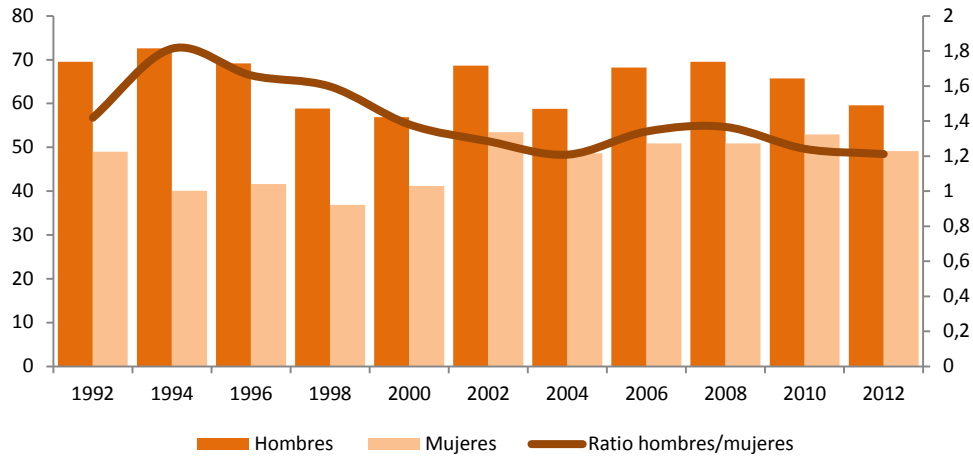


Fuente: serie Euskadi y Drogas.

La evolución del porcentaje de población de cada sexo que se declara consumidora habitual de tabaco sigue una línea parecida. Como se observa en el siguiente gráfico, las tasas de consumo de mujeres y hombres convergen claramente entre 1994 y 2004, en la medida en que los consumos masculinos se reducen y los femeninos crecen. A partir de 2004, sin embargo, la tendencia a la convergencia en el consumo se detiene, ya que el consumo se reduce tanto para hombres como para mujeres, si bien con más claridad en el caso de los hombres que en el caso de las mujeres.

¹⁰ Cabe señalar aquí que, de acuerdo a los datos de Euskadi y Drogas, las diferencias entre los consumos masculinos y femeninos, sea cual sea el indicador analizado, están relacionados con el grado de normalización de cada sustancia. Así, por ejemplo, si la ratio en relación al consumo experimental de alcohol era en 2012 de 1,1, la ratio relativa al consumo experimental de drogas ilegales distintas del cannabis era de 2.4.

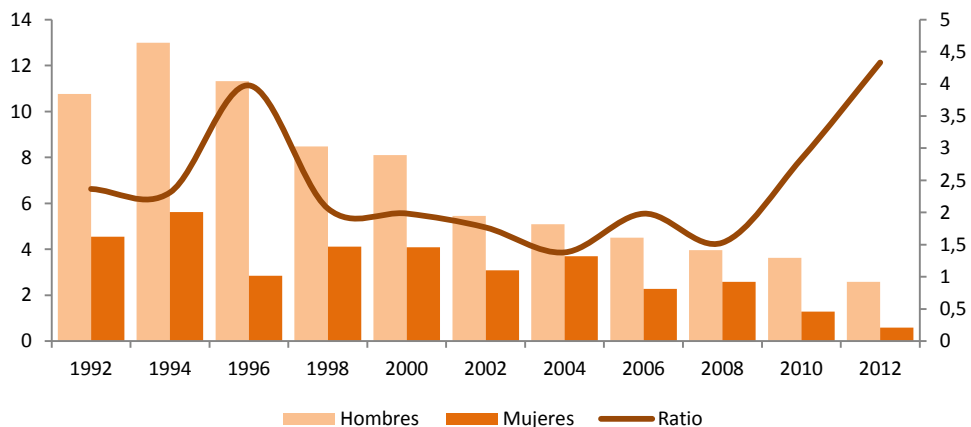
Gráfico 2. Evolución de la tasa de consumo habitual de tabaco en Euskadi, por sexo (1992-2012)



Fuente: serie Euskadi y Drogas.

Más allá del consumo experimental y del consumo habitual, es necesario analizar otros indicadores más representativos de los consumos de riesgo, como, por ejemplo, el porcentaje de población que consume más de 20 cigarrillos al día. Los datos del gráfico 3 ponen de manifiesto una diferencia muy importante en este tipo de consumos entre hombres y mujeres durante los años 90 que se reduce claramente entre 1998 y 2008. Así, si en el año 1996 la tasa de consumo masculino de más de 20 cigarrillos diarios multiplicaba por cuatro la femenina, en 2004 la multiplican únicamente por 1,37. Ello se debe, lógicamente, a una reducción de la tasa de consumo intenso mucho más pronunciada en el caso de los hombres –del 13% en 1994 al 2,6% en 2012– que entre las mujeres, al menos hasta 2008. Sin embargo, la convergencia se detiene en 2004 y la diferencia entre ambos sexos vuelve a crecer de forma muy pronunciada entre 2008 y 2012.

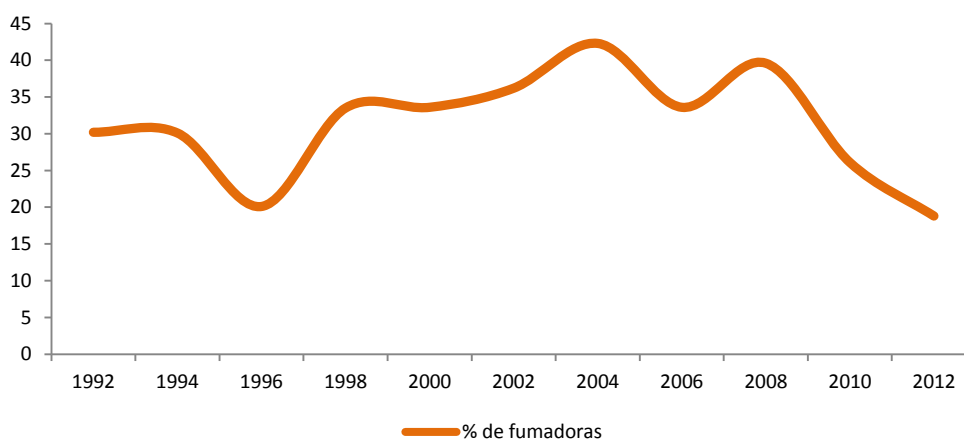
Gráfico 3. Evolución de la tasa de consumo intenso, por sexo (1992-2012). % de población de cada grupo que consume más de 20 cigarrillos al día



Fuente: serie Euskadi y Drogas.

De hecho, si se analiza la evolución de la distribución interna del colectivo de personas que pueden considerarse consumidoras intensivas –aquellas que consumen más de 20 cigarrillos al día– desde el punto de vista del género, se observa una evolución en forma de U invertida: las mujeres fumadoras pasan de representar el 20% de ese colectivo en 1996 al 42% en 2004, para reducirse nuevamente hasta el 18% en 2012. Debe destacarse, por otra parte, que esta reducción se debe al hecho de que el porcentaje de fumadores/as intensos/as, en relación al conjunto de fumadores/as, se ha reducido entre las mujeres mucho más que entre los hombres.

Gráfico 2. Evolución del % que representan las mujeres en relación al conjunto de las personas que fuman más de 20 cigarrillos al día (1992-2012)

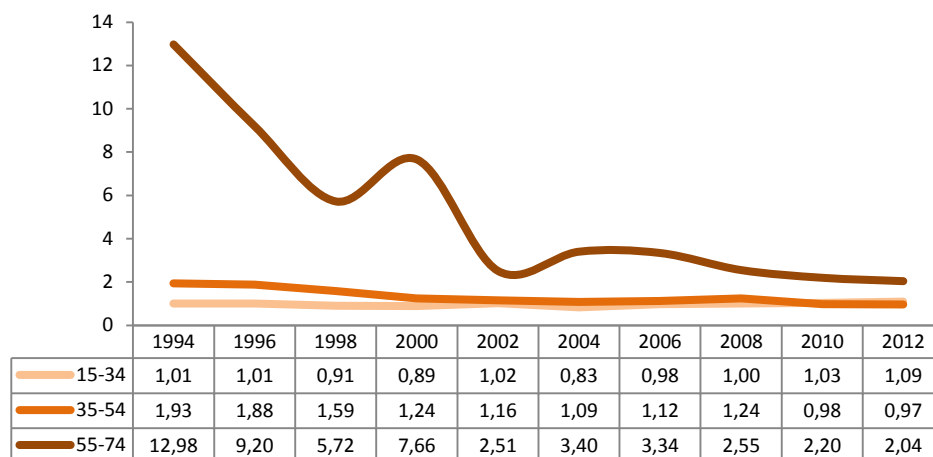


Fuente: serie Euskadi y Drogas.

3.2.2. El peso del factor edad en el proceso de (des)convergencia de los consumos de hombres y mujeres

Lo cierto, sin embargo, es que el proceso de convergencia de los consumos masculinos y femeninos que se produce en la década que va de mediados de los años noventa a mediados de los años 2000 se debe, fundamentalmente, al incremento en los consumos de las mujeres de mayor edad. En efecto, si se analizan las diferencias en los consumos experimentales de hombres y mujeres por tramos de edad se observa que, ya en los años 90, los consumos de las mujeres menores de 35 años (e incluso de las mujeres de entre 35 y 55 años) era similar al de los hombres.

Gráfico 3. Evolución de la ratio de consumo experimental masculino y femenino (1994-2012)



Fuente: serie Euskadi y Drogas.

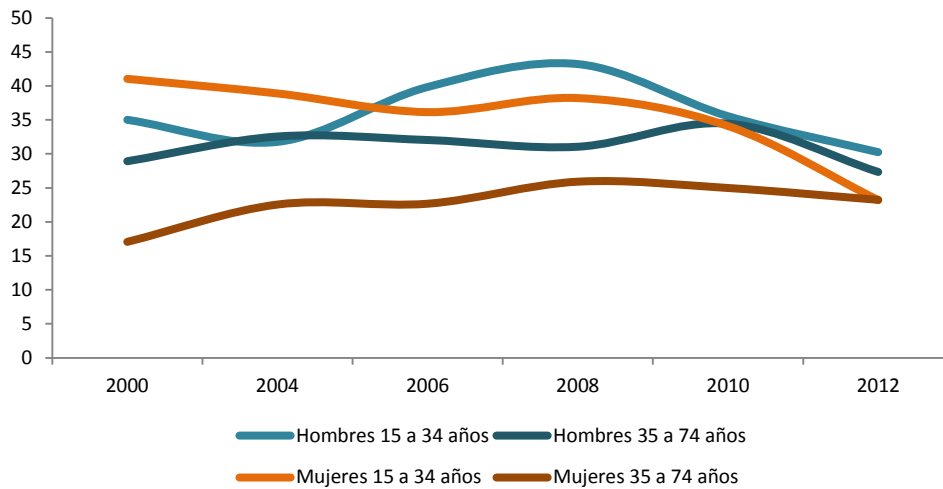
En cualquier caso, la notable reducción en la diferencia entre los consumos masculinos y femeninos en la población mayor de 55 años que se produce entre 1994 y 2002, no debe ocultar lo que ocurre en los otros dos grupos de edad:

- en el grupo de 35 a 54, la convergencia es clara: si en 1994 el consumo masculino casi duplica el femenino, en 2012 el consumo femenino en este grupo de edad es mayor que el consumo masculino.
- en la población más joven, por el contrario, la convergencia ya era un hecho en 1994 y se mantiene en todo el periodo, si bien, desde 2004, parece que se produce una cierta desconvergencia, en la medida que el consumo masculino tiende a crecer más que el femenino.

En ese sentido, cabe pensar que el proceso de desconvergencia en los consumos masculinos y femeninos iniciado en los últimos años tiene que ver, sobre todo, con la reducción en las tasas de consumo de las mujeres más jóvenes. En ese sentido, cuando se analiza la evolución de los consumos de tabaco—en este caso, el consumo diario de tabaco— por sexo y grupos de edad se observa un fenómeno interesante: si bien es cierto que se ha producido una convergencia entre grupos de edad tanto en el caso de los hombres como el de las mujeres (el consumo de los/as jóvenes se reduce más claramente que el de los/as mayores en ambos sexos), en el caso de las mujeres este proceso de convergencia es más claro y acusado: si en 2000 la tasa de consumo diario de las mujeres jóvenes (40%) más que duplicaba la de las mayores (17%), en 2012 las tasas son idénticas (23%) para ambos grupos de edad. Entre los hombres también se ha producido una convergencia parecida entre 2008 y 2012, volviéndose en este caso a la situación de 2014¹¹.

¹¹ Este efecto se ha producido también a nivel estatal. En ese sentido, los datos de la Encuesta Alcohol y otras Drogas (EDADES) de 2015 ponen de manifiesto que “en el caso de las mujeres jóvenes de 15 a 34 años, en 2015 se registra la menor prevalencia de la serie histórica (26,5%). La tendencia descendente se inició en 2003, cuando la prevalencia era 10,3 puntos superior. Sin embargo, entre las mujeres de 35 a 64 años, el consumo diario de tabaco no presenta la misma tendencia descendente, sino que la prevalencia ha ido aumentando paulatinamente hasta superar, por primera vez en 2015, las cifras correspondientes al grupo de mujeres menores de 35 años”.

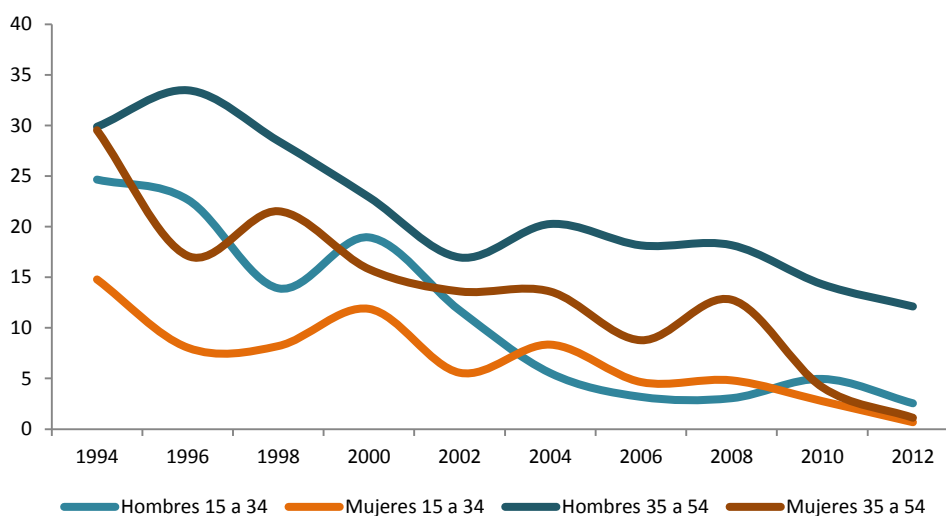
Gráfico 4. Evolución del consumo diario de tabaco por sexo y tramos de edad (2000-2012)



Fuente: serie Euskadi y Drogas.

Parecida impresión se obtiene cuando se analiza la evolución del porcentaje de fumadores/as, por tramos de edad, que consumen más de 20 cigarrillos al día. La mayor reducción corresponde a las mujeres de 35 a 54 años –las fumadoras intensivas pasan del 30% al 1% de todas las fumadoras de esa edad entre 1994 y 2012–, siendo la reducción de los hombres de su misma edad mucho menor. En el caso de los jóvenes, es entre los hombres donde se produce una caída mayor, ya que partían de tasas de consumo intenso más elevadas.

Gráfico 5. Evolución del porcentaje de fumadores/as que consumen más de 20 cigarrillos al día por sexo y tramos de edad (1994-2012)



Fuente: serie Euskadi y Drogas.

En resumen, los datos sobre la evolución de los consumos masculinos y femeninos de tabaco ponen de manifiesto, en primer lugar, un proceso de convergencia entre mujeres y hombres particularmente intenso entre las mujeres de mayor edad y en los años que van de mediados de los 90 a mediados de los años 2000. El proceso de convergencia se detiene, o es más débil, a partir de 2006 y cabe pensar que, incluso, se revierta en los últimos años de la serie. Debe destacarse en ese sentido, a expensas de los datos sobre consumo que ofrezca la próxima oleada de Euskadi y Drogas, que el mayor alejamiento de las pautas de consumo femeninas en relación a los consumos masculinos se produce también en relación a otras sustancias, como el alcohol, el cannabis o la cocaína¹².

3.2.3. Cambios en la composición del colectivo fumador

Más allá del análisis de las tasas de consumo de cada grupo, es también conveniente realizar un análisis de la evolución del perfil de las personas fumadoras, es decir, de las principales características de las personas que consumen tabaco y que son, por tanto, susceptibles de participar en programas de tratamiento y deshabituación.

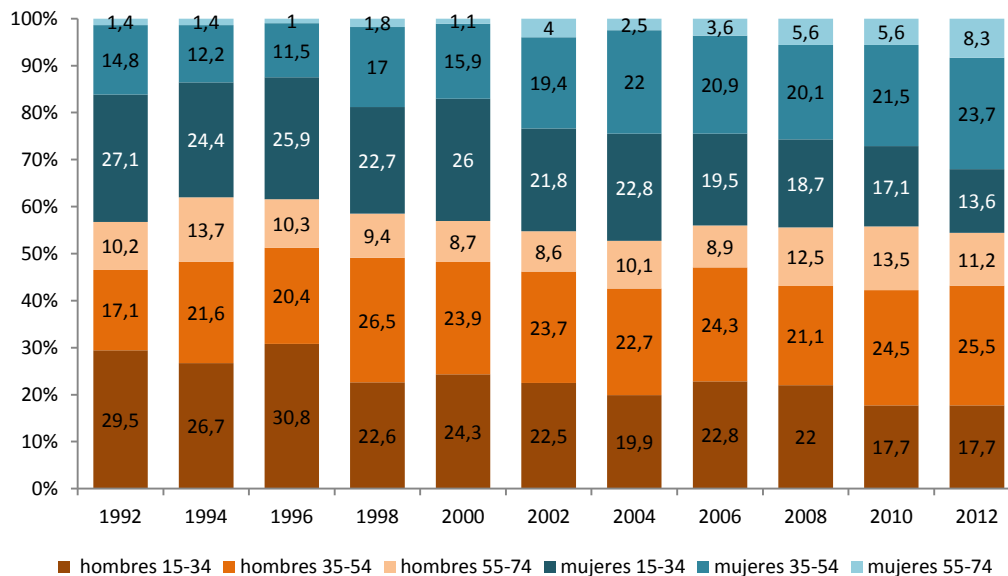
El gráfico siguiente recoge la evolución de la distribución de las personas que han fumado en el último mes por sexo y edad¹³. Los datos más relevantes son los siguientes:

- El peso en la población fumadora de las mujeres fumadoras de mayor edad crecen de forma continua, pasando del 1,4% en 1992 al 8,3% en 2012. El peso de los hombres de esa misma edad se mantiene, sin embargo, constante a lo largo de todo el periodo, con una proporción de entre 8,6% y el 13,5% del colectivo. En 2012, mujeres y hombres mayores tienen, dentro del colectivo de fumadores, un peso parecido (11% y 8%, respectivamente).
- El peso de las mujeres de mediana edad ha ido también creciendo de forma paulatina, pasando del 14,8% al 23,7%. En el caso de los hombres de la misma edad, el incremento ha sido similar, aunque quizás menos marcado (del 17,1% al 25,5%).
- De acuerdo a los datos previamente señalados sobre la evolución de las tasas de consumo de este grupo, y a la reducción de su peso demográfico, las mujeres jóvenes han visto cómo su peso en el colectivo fumador se iba reduciendo claramente, pasando del 27% en 1992 al 13% en 2012. Los hombres fumadores de esa misma edad han experimentado una reducción parecida, aunque menos marcada (del 29% al 17%).

¹² De acuerdo a la última edición de informe de resultados de Euskadi y Drogas, entre 2012 y 2012 crece la ratio entre los consumos masculinos y femeninos en lo que se refiere al consumo reciente de cannabis y de otras drogas ilegales, en lo que se refiere al consumo frecuente de alcohol en fines de semana y el consumo actual de otras drogas ilegales, y en lo que se refiere al consumo de riesgo de alcohol en fines de semana. Las diferencias se han reducido, sin embargo, en lo que se refiere al consumo diario de alcohol y el consumo de cannabis.

¹³ Los cambios observados se derivan, lógicamente, tanto del cambio en las tasas de consumo de cada grupo como del cambio en el peso demográfico que representa cada uno de los grupos analizados.

Gráfico 6. Evolución de la distribución de las personas fumadoras por sexo y tramos de edad (1992-2012)



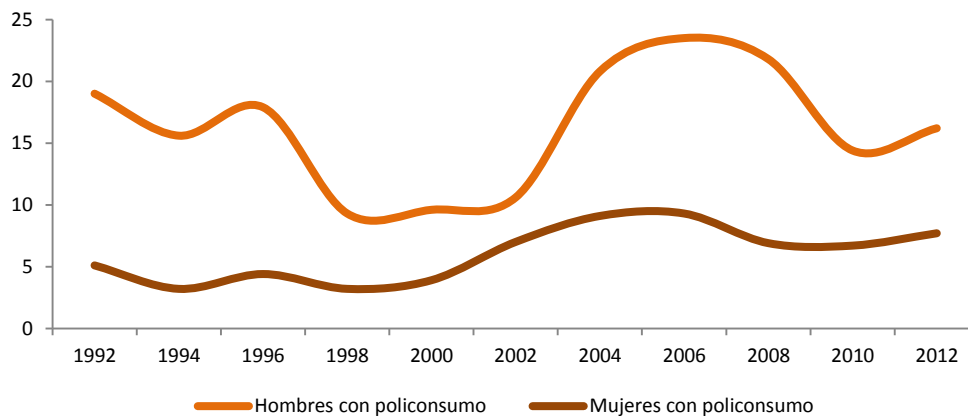
Fuente: serie Euskadi y Drogas.

El resultado de estas tendencias es un cambio relativamente importante en el perfil de las personas fumadoras desde el punto de vista del sexo y la edad, con un mayor equilibrio entre personas de diferentes edades, una mayor presencia de personas mayores (pasan del 11% al 20%) y de personas de mediana edad (del 32% al 49%), y una clara reducción de las personas jóvenes (del 56% al 31%). El peso de las mujeres, en su conjunto, se mantiene relativamente estable en torno al 43%.

El gráfico siguiente analiza también la evolución en el perfil del colectivo fumador pero, en este caso, desde la perspectiva del sexo y el consumo de otras drogas. Más concretamente, el gráfico distingue el peso dentro del colectivo fumador de los hombres y las mujeres que, además de consumir tabaco, mantienen otros consumos relativamente intensos de otras drogas (consumo excesivo de alcohol y/o consumo al menos semanal de cannabis) y el peso de quienes consumen tabaco pero no realizan otros consumos adicionales de drogas. El gráfico recoge, únicamente, el peso en el colectivo fumador de los fumadores y fumadoras con policonsumos.

Los datos indican, por una parte, que el peso de las personas fumadoras policonsumidoras ha sido siempre relativamente bajo: en el caso de los hombres se ha situado siempre por debajo del 24% y en el caso de las mujeres por debajo del 10%. En ambos casos, además, el pico se registra en el año 2006. La evolución del peso de cada uno de estos grupos ha sido sin embargo diferente en cada grupo: en el caso de las mujeres ha tendido a crecer, aunque con algún altibajo, mientras que entre los hombres la evolución ha sido menos clara. En todo caso, en 2012, las mujeres sin policonsumo representan el 37% de todas las personas fumadoras y los hombres el 38%.

Gráfico 7. Evolución de la distribución de las personas fumadoras por sexo y otros consumos de drogas (1992-2012)

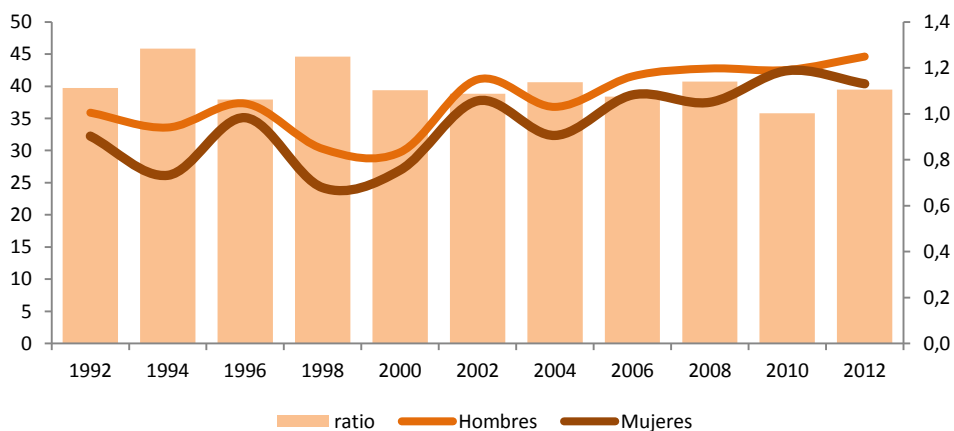


Fuentes: serie Euskadi y Drogas.

3.3. Diferencias de género en relación al abandono del consumo de tabaco

Una vez analizados los datos generales sobre la evolución del consumo de tabaco entre hombres y mujeres, se analizan en este epígrafe los datos disponibles en relación a la evolución de los indicadores relacionados con el abandono del consumo de tabaco y con sus causas, también desde la perspectiva de género. El gráfico siguiente analiza la evolución de las tasas de abandono del consumo de tabaco para hombres y mujeres entre 1992 y 2012. Los datos del gráfico 8 ponen de manifiesto que la tasa de abandono de los hombres ha sido ligeramente mayor que la de las mujeres y que ambas han evolucionado en un sentido parecido a lo largo del tiempo –al alza–, con lo que la ratio se ha mantenido relativamente estable (en torno al 1,1) a lo largo del tiempo.

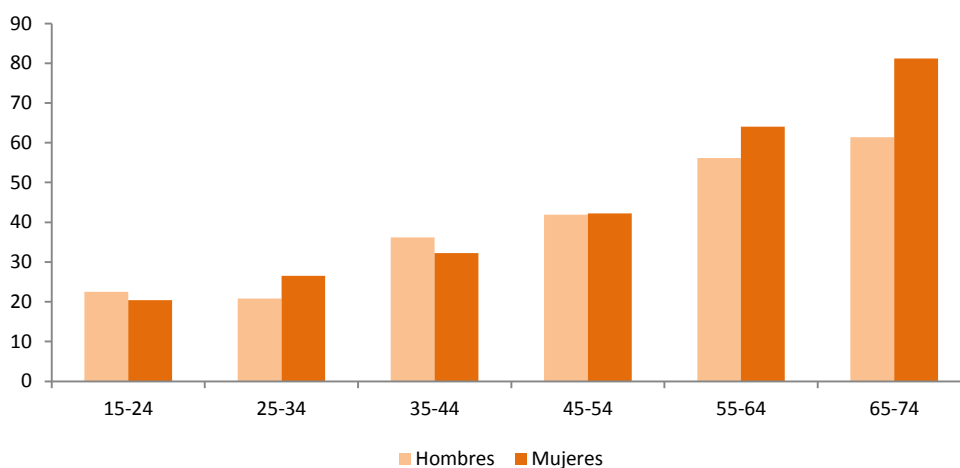
Gráfico 8. Evolución de la tasa de abandono de tabaco por sexo (1992-2012)*



Fuentes: Euskadi y Drogas, 2012. *Tasa de abandono: proporción de personas que se declaran ex fumadoras sobre el total de personas que han fumado en alguna ocasión

El siguiente gráfico recoge las tasas de abandono por sexo y grupo de edad, agrupando todas las oleadas disponibles de la encuesta, al objeto de conocer –con una base poblacional suficientemente amplia– las diferencias que existen entre hombres y mujeres de la misma edad, y entre las mujeres de diferentes edades, en lo que se refiere a las tasas de abandono del consumo de tabaco. De acuerdo a los datos del gráfico, las tasas de abandono son tanto más elevadas cuanto mayor sea la edad, tanto en hombres como en mujeres. En el caso de las personas mayores, sin embargo, las mujeres tienden más que los hombres a ser exfumadoras, también en el grupo de 25 a 34¹⁴, mientras que en los otros grupos los hombres tienden a tener tasas de abandono más elevadas. De forma preliminar podría concluirse por tanto que –salvo en los años más vinculados a la procreación– los hombres jóvenes abandonan el consumo de tabaco en mayor medida que las mujeres jóvenes, mientras que, a partir de los 45, son las mujeres las que tienden con mayor frecuencia al abandono del consumo.

Gráfico 9. Tasas de abandono de consumo de tabaco por sexo y edad



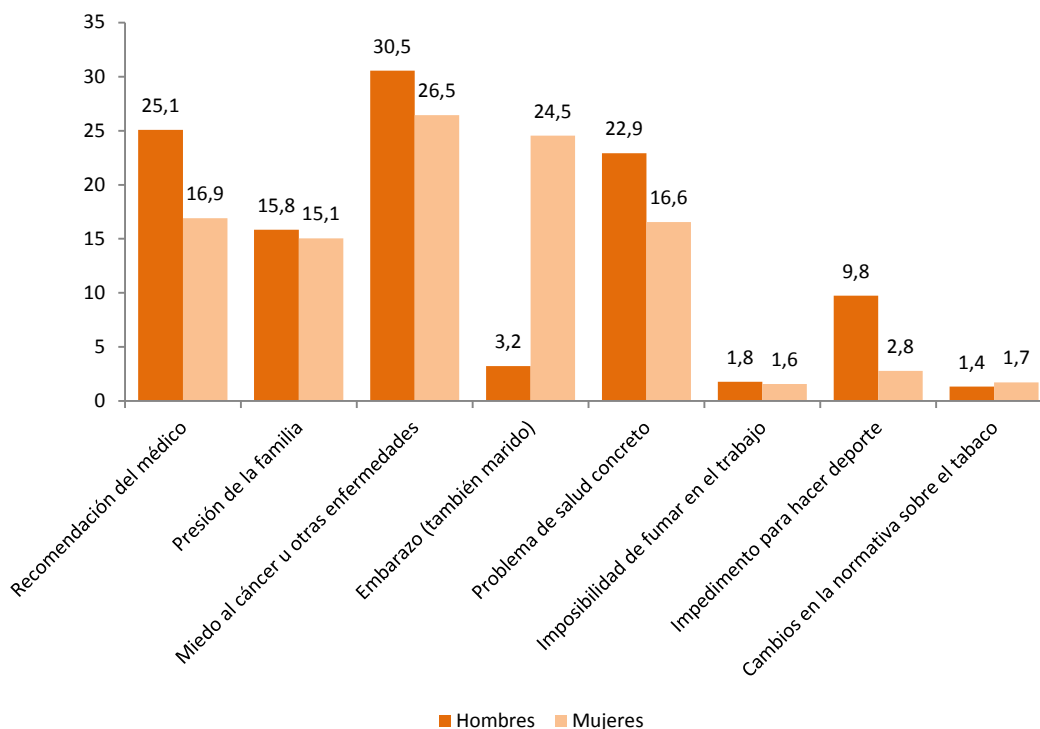
Fuentes: Euskadi y Drogas, 2012. *Tasa de abandono: proporción de personas que se declaran ex fumadoras sobre el total de personas que han fumado en alguna ocasión

Más allá del porcentaje de fumadores/as que abandonan el consumo de tabaco, también es necesario analizar las diferencias que existen entre hombres y mujeres a la hora de identificar los motivos que están detrás del abandono. También en este caso se ha optado por unificar todas las oleadas de la encuesta.

De acuerdo a los datos del gráfico 10, las mujeres sólo tienden a señalar una causa de abandono en mayor medida que los hombres –el embarazo–; en el resto de las causas, o bien no hay apenas diferencias o bien los hombres citan en mayor medida que las mujeres determinadas cuestiones –la recomendación médica o los impedimentos para la práctica deportiva– como causa principal para el abandono del tabaco. En todo caso, como en el caso de los hombres, el miedo al cáncer es, por delante de la prevención de complicaciones durante el embarazo, la principal razón para el abandono del uso del tabaco entre las mujeres.

¹⁴ Probablemente, como se señala más adelante, debido a la influencia del embarazo como causa del abandono del consumo.

Gráfico 10. Principales causas que originan el abandono del consumo tabaco, por sexo*



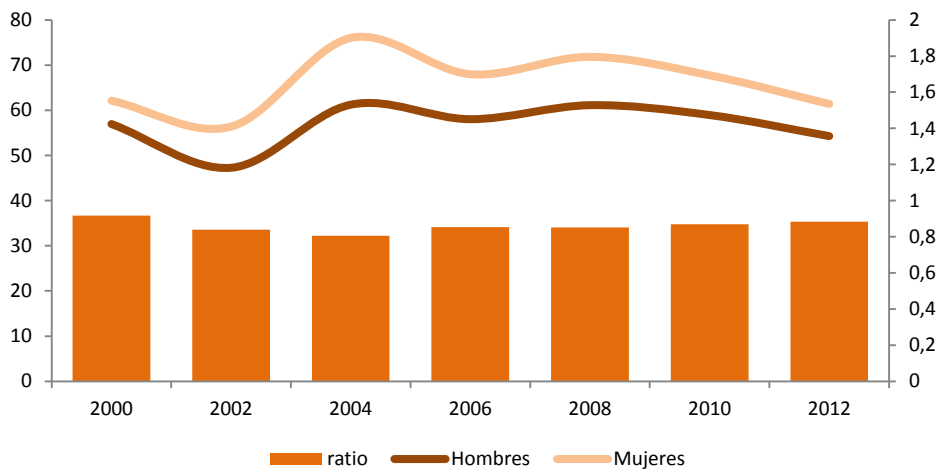
Fuentes: Euskadi y Drogas, 2012. *Los totales pueden sumar más del 100%, pues es posible citar más de una razón.

3.4. Diferencias de género en cuanto a la percepción de los riesgos asociados al consumo de tabaco

La percepción sobre el fenómeno del tabaquismo, y sobre los beneficios y perjuicios asociados al consumo de tabaco, tienen una relación directa sobre las tasas de consumo. En este epígrafe se analizan, muy brevemente, algunos datos sobre las diferencias que existen entre mujeres y hombres en relación a dos indicadores relativos a la percepción sobre el tabaco.

El gráfico siguiente recoge en primer lugar el % de población, en función del sexo, que considera grave o muy grave el consumo de tabaco, desde el punto de vista de su impacto sobre la salud. Las conclusiones parecen evidentes: las mujeres atribuyen al consumo de tabaco una mayor gravedad que los hombres, y el porcentaje de personas que consideran grave o muy grave el consumo de tabaco ha evolucionado de la misma forma en el caso de los hombres y de las mujeres: al alza entre 2002 y 2008 y ligeramente a la baja entre 2008 y 2012.

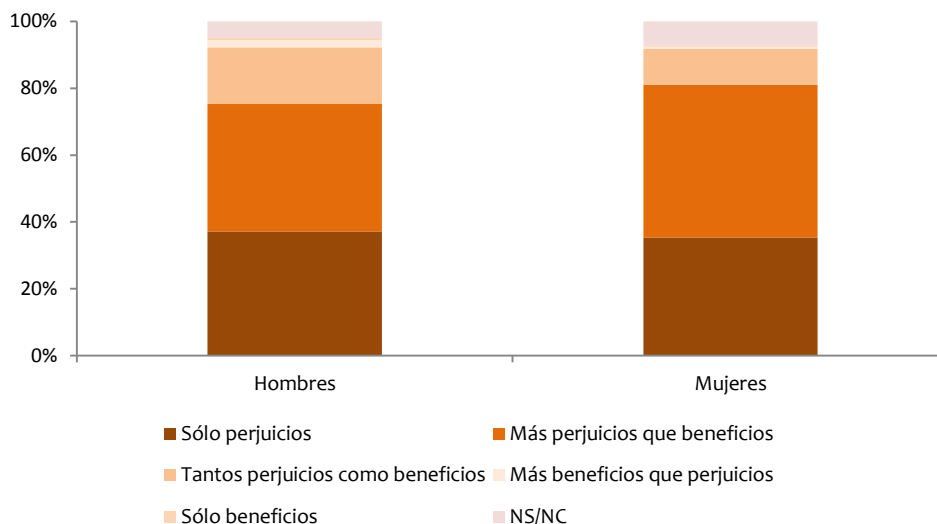
Gráfico 11. Principales causas que originan el abandono del consumo tabaco, por sexo*



Fuentes: Euskadi y Drogas, 2012. *Los totales pueden sumar más del 100%, pues es posible citar más de una razón.

Por otra parte, si se analiza, con datos relativos a 2012, la valoración del impacto que a nivel personal causa el tabaco, se observa que los hombres tienden a valorar en mayor medida que las mujeres los beneficios del consumo; en efecto, el porcentaje de quienes creen que el consumo de tabaco tiene al menos tantos beneficios como perjuicios es algo mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Gráfico 12. Distribución, por sexo, de la valoración atribuido por las personas fumadoras al consumo de tabaco



Fuentes: Euskadi y Drogas, 2012.

3.5. Diferencias de género en los consumos de tabaco y otras drogas

Como se ha indicado en el capítulo introductorio, además de las estadísticas descriptivas utilizadas en los epígrafes anteriores, los datos de Euskadi y Drogas permiten realizar análisis más precisos sobre el impacto del género en la realización de diversos consumos de drogas y, particularmente, del tabaco.

Cabe señalar en primer lugar a ese respecto que la mayor parte de los consumos de drogas tienen en Euskadi un carácter eminentemente masculino y que, desde ese punto de vista, la construcción social de los roles de género actúa como factor de protección para las mujeres en relación a diversos tipos de consumo, salvo en el caso de los psicofármacos, especialmente en lo que se refiere a los consumos de mayor riesgo. De acuerdo a lo señalado en el informe de resultados de Euskadi y Drogas 2012, el hecho de ser hombre actúa como factor de riesgo en relación a la mayor parte de los consumos. En ese sentido:

- Los hombres tienen mayores posibilidades de haber realizado consumos experimentales de todas las sustancias, salvo de psicofármacos. Las diferencias son mayores en el caso de las drogas ilegales que en el caso de los hábitos o consumos legales (alcohol, tabaco y juego).
- En el caso de los consumos frecuentes, las diferencias son menos evidentes y sólo se registran diferencias con valor estadísticamente significativo en el caso del consumo de alcohol y del juego al menos semanal. En el caso del consumo reciente de psicofármacos, las diferencias son también significativas, pero de signo contrario: los hombres tienen un 35% menos de posibilidades que las mujeres de haber consumido psicofármacos con o sin receta en el último año.
- En el caso de los consumos intensos o problemáticos, las diferencias se producen en lo que se refiere al consumo intenso de tabaco, el hecho de ser jugador activo y de riesgo, y en lo que se refiere al policonsumo de drogas. Además, en lo que se refiere al alcohol, los hombres tienen una probabilidad casi cinco veces mayor de ser consumidor excesivo o de riesgo de en días laborables y dos veces mayor de serlo en fines de semana, de haber dado un resultado positivo en el test CAGE o de emborracharse más de doce veces al año;

También existen diferencias significativas en lo que se refiere a la continuidad en el consumo de cannabis, al policonsumo de drogas y a la implicación en el mundo de las drogas ilegales. En ese sentido, los hombres tienen una probabilidad casi tres veces superior de ser policonsumidor de drogas y dos veces superior de haber sido clasificado como 'implicado' en los consumos de drogas ilegales.

En el caso concreto de los consumos de tabaco, como se observa en la tabla siguiente, el consumo experimental de tabaco y el consumo diario de más de 20 cigarrillos diarios se relaciona de forma estadísticamente significativa con el sexo, con una odds ratios de 1,45 y 2,67 respectivamente. No se observan por el contrario relaciones estadísticamente significativas en lo que se refiere al consumo habitual de tabaco y el abandono de tabaco en el último año.

Tabla 7. Relación entre sexo y consumo de tabaco (conjunto de la población)

	Sexo (Hombres/Mujeres)			
	Chi-cuadrado ²	Odds ratio	IC: 95% ¹	
			Inferior	Superior
Consumo de tabaco a lo largo de la vida	✓	1,45 ⁺	1,22	1,73
Consumo habitual de tabaco	✗	--	--	--
Consumo diario de más de 20 cigarrillos	✓	2,67 ⁺	1,59	4,50
Abandono del consumo de tabaco	✗	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

¹ Aquellos intervalos de confianza en los que el valor 1 se sitúa entre la horquilla inferior y superior indican que existe incertidumbre en cuanto a la significatividad de esa relación en tanto que el 1 sería uno de los resultados posibles, que indica que no existen diferencias significativas entre los grupos.

² Resultados de la prueba Chi-Cuadrado para $p < 0,05$: (✓) Indica que las diferencias observadas entre las variables son estadísticamente significativas. (✗) Expresa que no hay relación significativa.

⁺ Se considera que valores por encima de 1,25 o por debajo de 0,80 representan un efecto importante tanto a nivel empírico como teórico

Lo mismo ocurre cuando el análisis se limita a las personas de 15 a 34 años: existe una relación estadísticamente significativa entre consumo experimental de tabaco y consumo diario de más de 20 cigarrillos, pero no en lo que se refiere al consumo habitual o el abandono del consumo en el último año.

Tabla 8. Relación entre sexo y consumo de tabaco (conjunto de la población)

	Sexo (Hombres 15 a 34/Mujeres 15 a 34)			
	Chi-cuadrado ²	Odds ratio ajustada	IC: 95% ¹	
			Inferior	Superior
Consumo de tabaco a lo largo de la vida	✓	1,47 ⁺	1,23	1,76
Consumo habitual de tabaco	✗	--	--	--
Consumo diario de más de 20 cigarrillos	✓	2,63 ⁺	1,55	4,47
Abandono del consumo de tabaco	✗	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas. Nota:

¹ Aquellos intervalos de confianza en los que el valor 1 se sitúa entre la horquilla inferior y superior indican que existe incertidumbre en cuanto a la significatividad de esa relación en tanto que el 1 sería uno de los resultados posibles, que indica que no existen diferencias significativas entre los grupos.

² Resultados de la prueba Chi-Cuadrado para $p < 0,05$: (✓) Indica que las diferencias observadas entre las variables son estadísticamente significativas. (✗) Expresa que no hay relación significativa.

⁺ Se considera que valores por encima de 1,25 o por debajo de 0,80 representan un efecto importante tanto a nivel empírico como teórico

3.6. Impacto diferencial del estatus socioeconómico y la edad en el consumo de tabaco en mujeres y hombres en Euskadi

Además de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en lo que se refiere a diferentes indicadores de consumo entre mujeres y hombres, es también necesario determinar si los factores que tradicionalmente se relacionan con cambios en los niveles de consumo –la edad o el estatus socioeconómico, por ejemplo–, afectan de forma diferencial a hombres y mujeres. Para ello, en este epígrafe se analiza el impacto que esos dos factores tienen en hombres y en mujeres en lo que se refiere a dos indicadores concretos: el consumo reciente de tabaco (consumo en los últimos 30 días) y el abandono del hábito tabáquico¹⁵. El análisis se ha realizado mediante regresión logística, utilizando los datos de la encuesta Euskadi y Drogas del año 2012, con las variables de consumo como variables dependientes, y el sexo, la edad y el grupo socioeconómico como variables independientes.

3.6.1. Consumo reciente de tabaco, sexo y edad

De cara a determinar si existe un impacto diferencial de la edad en el consumo reciente de tabaco entre hombres y mujeres, se ha ajustado un modelo de regresión que incluye, junto con los efectos de las variables sexo y edad, el término de interacción entre las dos. La tabla siguiente recoge los resultados de dicho modelo.

Tabla 9. Resultados de la regresión logística para la variable consumo reciente de tabaco. Modelo con término de interacción*

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo (M)	-,499	,248	4,062	1	,044	,607	,374	,986
Edad			25,893	3	,000			
Edad (15-24)	,223	,222	1,008	1	,315	1,250	,809	1,932
Edad (25-34)	,960	,212	20,575	1	,000	2,612	1,725	3,954
Edad (35-54)	,642	,199	10,400	1	,001	1,900	1,286	2,808
Edad * Sexo			2,484	3	,478			
Edad (15-24) por Sexo (M)	,368	,330	1,240	1	,266	1,445	,756	2,761
Edad (25-34) por Sexo (M)	,057	,316	,033	1	,856	1,059	,570	1,969
Edad (35-54) por Sexo (M)	,342	,297	1,329	1	,249	1,408	,787	2,521
Constante	-1,253	,164	58,591	1	,000	,286		

* Los grupos de referencia para los coeficientes de regresión de las variables categóricas son sexo=hombres y edad=55-74 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

¹⁵ Se utiliza la variable de abandono a lo largo de la vida, es decir, cuando la persona declara que ha fumado en algún momento de la vida pero no fuma actualmente. Si bien lo ideal hubiera sido realizar el análisis con la variable “abandono de tabaco en el último año” utilizada en el apartado 3.5, no ha resultado posible por el reducido número de casos disponibles para el análisis.

Tal y como se observa en la tabla anterior, el término de interacción entre sexo y edad no resulta significativo (sig=0,478), lo que indica que el impacto que tiene la edad en el consumo reciente de tabaco no difiere significativamente entre hombres y mujeres. Es decir, el impacto de la edad en hombres y mujeres resulta similar.

En la tabla siguiente se recogen los coeficientes de regresión y las Odds Ratio para los diferentes grupos de edad considerados. Los resultados indican que para las personas de 15 a 24 años (sean hombres o mujeres) el riesgo de haber consumido tabaco en los últimos 30 días es 1,5 veces mayor que para las personas de 55 a 74 años. Las personas de 35 a 54 años tendrían un riesgo 2,2 veces mayor (siempre en relación con las de 55 a 74 años), y las de 25 a 34 años casi 2,7 veces más. Como se ha indicado, estos resultados serían similares para hombres y mujeres.

Tabla 10. Resultados de la regresión logística para la variable consumo reciente de tabaco*

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo (M)	-,281	,100	7,930	1	,005	,755	,621	,918
Edad			48,548	3	,000			
Edad (15-24)	,392	,164	5,687	1	,017	1,479	1,072	2,041
Edad (25-34)	,984	,157	39,362	1	,000	2,674	1,967	3,636
Edad (35-54)	,800	,147	29,443	1	,000	2,225	1,667	2,971
Constante	-1,352	,131	106,203	1	,000	,259		

* Los grupos de referencia para los coeficientes de regresión de las variables categóricas son sexo=hombres y edad=55-74 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

3.6.2. Consumo reciente de tabaco, sexo y estatus socioeconómico

La tabla siguiente recoge los resultados del modelo de regresión logística para las variables sexo y grupo socioeconómico, incluyendo un término de interacción entre ambas variables, de cara a terminar si el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico bajo (grupos IV y V) influye de forma distinta en el consumo reciente de tabaco de hombres y mujeres (consumo en los últimos 30 días).

En efecto, los resultados obtenidos apuntan a que el impacto del factor socioeconómico difiere entre hombres y mujeres (el término de interacción grupo socioeconómico por sexo es marginalmente significativo, con un nivel de confianza del 90%), siendo su impacto mayor para los hombres que para las mujeres. Los hombres de grupo socioeconómico bajo tienen un riesgo de consumo que es un 66,5% mayor que el resto de los hombres, mientras que las mujeres de grupo socioeconómico bajo tendrían un 11,86% más de riesgo que el resto de las mujeres. Puede decirse, por tanto, que el nivel socioeconómico tiene un impacto diferencial en las tasas de consumo de hombres y mujeres y que, si bien incide en los consumos de ambos grupos, lo hace con una fuerza mayor entre los hombres que entre las mujeres. Del mismo modo, los datos indican que el sexo tiene un efecto protector (marginalmente significativo, con un nivel de confianza del 90%) entre las personas de grupo socioeconómico

bajo, pero no entre las de grupo socioeconómico medio-alto. Entre las personas de grupo socioeconómico medio-alto, la Odds Ratio es 0,967 (IC= 0,7 - 1,337) y no resulta significativa estadísticamente. Entre las personas de grupo socioeconómico bajo, las mujeres tienen un riesgo que es un 35% menor que los hombres del mismo grupo, (OR= 0,649; sig= 0,056).

Tabla 11. Resultados de la regresión logística para la variable consumo reciente de tabaco por sexo, edad y grupo socioeconómico*

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo (M)	-,033	,165	0,041	1	,840	,967	,700	,700
Edad (continua)	-,011	,003	11,941	1	,001	,989	,983	,983
Grupo socio-económico (grupos IV o V)	,510	,144	12,457	1	,000	1,665	1,254	1,254
Grupo socio-económico (grupos IV o V) por sexo (M)	-,398	,208	3,645	1	,056	,672	,447	,447
Constante	-,640	,169	14,297	1	,000	,527		

* Los grupos de referencia para los coeficientes de regresión para las variables categóricas son sexo=hombres y grupo socioeconómico = I, II y III.

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

Los datos de la tabla siguiente ponen efectivamente de manifiesto que pertenecer al grupo socioeconómico bajo tiene un impacto en el consumo de tabaco tanto para hombres como para mujeres: las mujeres del grupo socioeconómico bajo fuman en mayor proporción que las mujeres que no pertenecen a ese grupo (27,8% frente a 24,7%) y los hombres del grupo socioeconómico bajo fuman en mayor proporción que los hombres que no pertenecen a ese grupos (36,1% frente a 26,1%). El impacto diferencial del estatus socioeconómico es por tanto más acusado entre los hombres que entre las mujeres.

Tabla 12. Proporción de fumadores/as recientes por grupo socioeconómico y sexo

				Fumador/a últimos 30 días	
				No	Sí
Grupo socio-económico	Bajo	Sexo	Mujeres	72,2%	27,8%
			Hombres	63,9%	36,1%
			Total	68,1%	31,9%
	Medio-alto	Sexo	Mujeres	75,3%	24,7%
			Hombres	73,9%	26,1%
			Total	74,6%	25,4%
	Total	Sexo	Mujeres	73,4%	26,6%
			Hombres	67,9%	32,1%
			Total	70,7%	29,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

Los datos de la tabla siguiente apuntan además a la idea del que los factores ligados al género protegen más a las mujeres de estatus socioeconómico bajo que al resto. La diferencias en el consumo de hombres y mujeres de estatus socioeconómico bajo son elevadas (36,1% frente a 27,8%), mientras que las diferencias entre mujeres y hombres pertenecientes a otros grupos socioeconómicos son notablemente más reducidas (26,1% frente a 24,7%).

Tabla 13. Proporción de fumadores/as recientes por sexo y grupo socioeconómico

				Fumador/a últimos 30 días	
				No	Sí
Sexo	Mujeres	Grupo socio-económico	Bajo	72,2%	27,8%
			Medio-alto	75,3%	24,7%
			Total	73,4%	26,6%
	Hombres	Grupo socio-económico	Bajo	63,9%	36,1%
			Medio-alto	73,9%	26,1%
			Total	67,9%	32,1%
	Total	Grupo socio-económico	Bajo	68,1%	31,9%
			Medio-alto	74,6%	25,4%
			Total	70,7%	29,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

3.6.3. Abandono del consumo de tabaco, sexo y edad

Al analizar la relación entre el género y el abandono del consumo de tabaco en el último año mediante las pruebas de chi-cuadrado, en el apartado 3.5, no se observaba una asociación significativa entre ambas variables. Dado el interés que tiene este indicador en el marco de este informe, se ha optado por profundizar en las diferencias que pudieran existir entre hombres y mujeres de distinta edad y condición socioeconómica. Para ello se ha tenido que recurrir, no obstante, a una variable proxy, la del abandono a lo largo de la vida, dado que el indicador más preciso de abandono en el último año no ofrece un número de casos suficiente para profundizar en las relaciones por sexo y estatus.

Equiparando, por lo tanto, el abandono a la condición de exfumador/a, y considerando que han abandonado el hábito tabáquico todas aquellas personas que, habiendo fumado en algún momento, no fuman actualmente¹⁶, sí se observa un efecto significativo del género, junto con la edad.

En efecto, como no podía ser de otra manera, la tabla siguiente muestra que, la condición de exfumador/a está estrechamente relacionada con la edad, siendo la probabilidad más elevada cuanto mayor la edad. Por otra parte, dado que el término de interacción entre sexo y edad resulta significativo (sig.= 0,041), puede decirse que el impacto de la edad en la probabilidad de ser exfumador o exfumadora difiere entre hombres y mujeres.

¹⁶ Se trata de personas que, cuando se les pregunta “¿Podría decirme si fuma o ha fumado alguna vez?”, contestan “No fumo ahora, pero antes fumaba”.

Tabla 14. Resultados de la regresión logística para la variable exfumador/a por sexo y edad*

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo (M)	-,648	,293	4,872	1	,027	,523	,294	,930
Edad			75,718	3	,000			
Edad (15-24)	-2,649	,397	44,563	1	,000	,071	,032	,154
Edad (25-34)	-1,986	,276	51,824	1	,000	,137	,080	,236
Edad (35-54)	-1,125	,225	24,956	1	,000	,325	,209	,505
Edad * Sexo			8,241	3	,041			
Edad (15-24) por sexo (M)	1,003	,568	3,116	1	,078	2,725	,895	8,295
Edad (25-34) por sexo (M)	1,117	,416	7,208	1	,007	3,054	1,352	6,901
Edad (35-54) por sexo (M)	,782	,356	4,833	1	,028	2,185	1,088	4,386
Constante	,703	,175	16,213	1	,000	2,020		

* Los grupos de referencia para los coeficientes de regresión de las variables categóricas son sexo=hombres y edad=55-74 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

Entre los hombres, la probabilidad de ser exfumador aumenta progresivamente con la edad, siendo los del grupo de 55 a 74 años los que mayor probabilidad tienen, los de 35 a 54 los segundos que más probabilidad tienen, los de 25 a 34 los terceros, y los más jóvenes los que tienen una menor probabilidad de ser exfumadores.

Entre las mujeres, la probabilidad de ser exfumadora es menor que entre los hombres si se considera el grupo de 55 a 74 años (-47,7%), pero este efecto se reduce en los grupos de edad más jóvenes, de manera que la probabilidad de ser exfumadora en el grupo de 35 a 54 años es solo un 29% menor que para las que superan los 55 años (frente a una diferencia del 67,5% entre los hombres). Entre las mujeres de 25 a 34 años la probabilidad es un 58% menor que para las mujeres mayores (frente a una diferencia del 86% entre los hombres) y entre las de 15 a 24 la diferencia es del 80,7% respecto a las mujeres mayores (frente a un 92,9% entre los hombres).

Se puede decir, por lo tanto, que el efecto que tiene la edad en la probabilidad de ser exfumador/a (a mayor edad, mayor probabilidad de abandono) se suaviza en el caso de las mujeres. Este efecto moderador del género es más intenso en los grupos de edad intermedios (25 a 34 y 35 a 54 años). Estos resultados tienen probablemente relación con la edad fértil y la mayor tasa de abandono entre las mujeres que se encuentran en esa edad.

Tabla 15. Proporción de exfumadores/as por sexo y edad

				Exfumador/a	
				Fumador habitual o esporádico	Exfumador
Sexo	Mujeres	Grupos de edad	15-24	83,7%	16,3%
			25-34	69,1%	30,9%
			35-54	57,8%	42,2%
			55-74	48,9%	51,1%
			Total	59,6%	40,4%
	Hombres	Grupos de edad	15-24	87,3%	12,7%
			25-34	78,7%	21,3%
			35-54	58,0%	42,0%
			55-74	34,2%	65,8%
			Total	55,4%	44,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

Estos resultados se pueden verificar observando las tasas relativas de exfumadores/as en hombres y mujeres de distintos grupos de edad. El primer dato que ofrece la tabla 7 es que la tasa de abandono es mayor entre los hombres que entre las mujeres, si se comparan los grupos de más edad (65,8% entre los hombres de 55 a 74 años, frente a un 51,1% entre las mujeres de la misma edad). Estas diferencias desaparecen no obstante, incluso se invierten en los grupos de edad más jóvenes: entre las personas de 35 a 54 años la tasa de abandono es similar para hombres y mujeres (en torno a un 42%), y resulta mayor para las mujeres que para los hombres en los grupos de 25 a 34 años (30,9% las mujeres y 21,3% los hombres) y entre las personas de 15 a 24 años (16,3% entre las mujeres, frente a un 12,7% entre los hombres).

3.6.4. Abandono del consumo de tabaco, sexo y estatus socioeconómico

Para determinar si el grupo socioeconómico tiene un impacto diferencial en la condición de exfumador/a de hombres y mujeres, y dada la importancia de la edad en la variable independiente (hay que recordar que se trata de una variable que mide el abandono a lo largo de la vida y, por lo tanto, las personas de más edad tienen más opciones de encontrarse en esta situación, se ha ajustado un modelo de regresión logística con las tres variables dependientes como efectos principales, los posibles pares de interacciones (sexo-edad, sexo-grupo socioeconómico y edad-grupo socioeconómico), y la triple interacción sexo-edad-grupo socioeconómico.

Los resultados de este modelo, que se recoge en la tabla 16, permiten descartar un efecto diferencial del grupo socioeconómico por sexo, edad o sexo y edad, ya que ninguno de los términos de interacción analizados alcanza significatividad estadística.

Tabla 16 . Resultados de la regresión logística para la variable exfumador/a por sexo, edad y grupo socioeconómico*. Modelo inicial (con términos de interacción)

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo (M)	2,082	,788	6,984	1	,008	8,022	1,712	37,580
Edad (continua)	,075	,012	37,965	1	,000	1,078	1,053	1,104
Grupo socioeconómico (IV o V)	,883	,723	1,494	1	,222	2,418	,587	9,967
Edad (continua) por Sexo (M)	-,038	,017	5,085	1	,024	,963	,931	,995
Grupo socioeconómico (IV o V) por Sexo (M)	-1,044	,978	1,140	1	,286	,352	,052	2,393
Edad (continua) por Grupo socioeconómico (IV o V)	-,018	,015	1,488	1	,223	,982	,954	1,011
Edad (continua) por Grupo socioeconómico (IV o V) por Sexo (M)	,011	,021	,260	1	,610	1,011	,970	1,054
Constante	-3,824	,613	38,859	1	,000	,022		

* Los grupos de referencia para los coeficientes de regresión de las variables categóricas son sexo=hombres y grupo socioeconómico (I, II o III)

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

Descartados los términos de interacción entre el grupo socioeconómico y la edad, que como se ha dicho, no alcanzan significatividad estadística, y centrándonos en las interacciones entre sexo y grupo socioeconómico, se observa un efecto marginalmente significativo del grupo socioeconómico entre las mujeres (con un nivel de confianza del 90%), pero no entre los hombres. De acuerdo con estos resultados, no hay diferencias significativas, vinculadas al estatus socioeconómico, en la probabilidad de ser exfumador para los hombres. En el caso de las mujeres, las que pertenecen a un grupo socioeconómico bajo tendrían un 39,1% menos de probabilidad que las de clase media-alta de ser exfumadoras, aunque este resultado debe interpretarse con cautela, dada la reducida significatividad del resultado (OR= 0,609; sig=0,086).

Tabla 17. Resultados de la regresión logística para la variable exfumador/a por sexo, edad y grupo socioeconómico*. Modelo final (solo término de interacción con sexo)

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo (M)	1,677	,502	11,159	1	,001	5,350	2,000	14,311
Edad	,063	,007	83,821	1	,000	1,065	1,051	1,080
Grupo socioeconómico (IV o V)	,042	,205	,042	1	,837	1,043	,698	1,559
Edad (continua) por Sexo (M)	-,030	,010	8,858	1	,003	,970	,951	,990
Grupo socioeconómico (IV o V) por Sexo (M)	-,496	,288	2,954	1	,086	,609	,346	1,072
Constante	-3,253	,371	76,959	1	,000	,039		

* Los grupos de referencia para los coeficientes de regresión de las variables categóricas son sexo=hombres y grupo socioeconómico (I, II o III)

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

Estos resultados coinciden con los que se muestran en la tabla 18. Entre las mujeres, la diferencia en la tasa de exfumadoras entre el grupo socioeconómico medio-alto y bajo es de 12,4 puntos porcentuales (el 47,9% de las mujeres de clase media-alta que han fumado en alguna ocasión abandona el consumo, frente a solo un 35,5% de las de clase baja). Esta diferencia es mucho menor entre los hombres (6,8 puntos porcentuales): un 49% de los hombres del grupo socioeconómico medio-alto que han fumado alguna vez abandona el consumo, frente a un 42,2% de los hombres de grupos socioeconómicos más bajos.

Tabla 18. Proporción de exfumadores/as por sexo y grupo socioeconómico

				Exfumador/a	
				Fumador habitual o esporádico	Exfumador
Sexo	Mujeres	Grupo socioeconómico	Bajo	64,5%	35,5%
			Medio-alto	52,1%	47,9%
			Total	59,5%	40,5%
	Hombres	Grupo socioeconómico	Bajo	57,8%	42,2%
			Medio-alto	51,0%	49,0%
			Total	55,3%	44,7%
	Total	Grupo socioeconómico	Bajo	60,7%	39,3%
			Medio-alto	51,5%	48,5%
			Total	57,2%	42,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de Euskadi y Drogas.

3.7. Conclusiones

Las principales conclusiones del análisis realizado en este capítulo son las siguientes:

- El análisis de la evolución de las tasas de consumo de tabaco de mujeres y hombres pone de manifiesto un claro proceso de convergencia entre los consumos de cada grupo hasta mediados de la primera década de este siglo. Esa convergencia se detiene en cualquier caso, para todos los indicadores analizados, en torno a 2004 y cabe pensar que los consumos femeninos se diferencian crecientemente de los masculinos a partir de esa época. Como en los años 90, el consumo de tabaco vuelve a ser en la actualidad un consumo eminentemente masculino.
- En el caso del consumo intensivo de tabaco (más de 20 cigarrillos al día), por ejemplo, si en el año 1996 la tasa de consumo masculino de más de 20 cigarrillos diarios multiplicaba por cuatro la femenina, en 2004 la multiplican únicamente por 1,37. Ello se debe, lógicamente, a una reducción de la tasa de consumo intenso mucho más pronunciada en el caso de los hombres –del 13% en 1994 al 2,6% en 2012– que entre las mujeres, al menos hasta 2008. Sin embargo, la convergencia se detiene en 2004 y la diferencia entre ambos sexos vuelve a crecer de forma muy pronunciada entre 2008 y 2012. De hecho, si se analiza la evolución de la distribución interna del colectivo de personas que pueden considerarse consumidoras intensivas –aquellas que consumen

más de 20 cigarrillos al día– desde el punto de vista del género, se observa una evolución en forma de U invertida: las mujeres fumadoras pasan de representar el 20% de ese colectivo en 1996 al 42% en 2004, para reducirse nuevamente hasta el 18% en 2012. Debe destacarse, por otra parte, que esta reducción se debe al hecho de que el porcentaje de fumadores/as intensos/as, en relación al conjunto de fumadores/as, se ha reducido entre las mujeres mucho más que entre los hombres.

- El proceso de convergencia de los consumos masculinos y femeninos que se produce en la década que va de mediados de los años noventa a mediados de los años 2000 se debe, fundamentalmente, al incremento en los consumos de las mujeres de mayor edad, puesto que el consumo femenino y masculino ya era en los 90 muy parecido entre mujeres y hombres. También es importante señalar, sin embargo, que el proceso de desconvergencia en los consumos masculinos y femeninos iniciado en los últimos años tiene que ver, sobre todo, con la reducción en las tasas de consumo de las mujeres más jóvenes. En ese sentido, cuando se analiza la evolución de los consumos de tabaco–en este caso, el consumo diario de tabaco– por sexo y grupos de edad se observa un fenómeno interesante: si bien es cierto que se ha producido una convergencia entre grupos de edad tanto en el caso de los hombres como el de las mujeres (el consumo de los/as jóvenes se reduce más claramente que el de los/as mayores en ambos sexos), en el caso de las mujeres este proceso de convergencia es más claro y acusado: si en 2000 la tasa de consumo diario de las mujeres jóvenes (40%) más que duplicaba la de las mayores (17%), en 2012 las tasas son idénticas (23%) para ambos grupos de edad. Entre los hombres también se ha producido una convergencia parecida entre 2008 y 2012, volviéndose en este caso a la situación de 2014.
- En resumen, los datos sobre la evolución de los consumos masculinos y femeninos de tabaco ponen de manifiesto, en primer lugar, un proceso de convergencia entre mujeres y hombres particularmente intenso entre las mujeres de mayor edad y en los años que van de mediados de los 90 a mediados de los años 2000. El proceso de convergencia se detiene, o es más débil, a partir de 2006 y cabe pensar que, incluso, se revierte en los últimos años de la serie, debido sobre todo a las menores tasas de consumo de las mujeres jóvenes.
- En lo que se refiere a la composición del colectivo de personas fumadoras, cabe destacar un cambio relativamente importante en el perfil de las personas fumadoras desde el punto de vista del sexo y la edad, con un mayor equilibrio entre personas de diferentes edades, una mayor presencia de personas mayores (pasan del 11% al 20%) y de personas de mediana edad (del 32% al 49%), y una clara reducción de las personas jóvenes (del 56% al 31%). El peso de las mujeres, en su conjunto, se mantiene relativamente estable en torno al 43%.
- Los datos indican, por otra parte, que el peso de las personas fumadoras policonsumidoras (consumidoras además de alcohol y/o de cannabis con cierta intensidad) ha sido siempre relativamente bajo: en el caso de los hombres se ha situado siempre por debajo del 24% y en el caso de las mujeres por debajo del 10%. En ambos casos, además, el pico se registra en el año 2006. La evolución del peso de cada uno de estos grupos ha sido sin embargo diferente en cada grupo: en el caso de las mujeres ha tendido a crecer, aunque con algún altibajo, mientras que entre los hombres la evolución ha sido menos clara. En todo caso, en 2012, las mujeres sin policonsumo representan el 37% de todas las personas fumadoras y los hombres el 38%.

- En lo que se refiere a las tasas de abandono (o, más bien, el porcentaje de personas exfumadoras en relación a todas las que fuman o han fumado habitualmente en algún momento de su vida), los datos evolutivos ponen de manifiesto que la tasa de abandono de los hombres ha sido ligeramente mayor que la de las mujeres y que ambas han evolucionado en un sentido parecido a lo largo del tiempo –al alza–, con lo que la ratio se ha mantenido relativamente estable (en torno al 1,1) a lo largo del tiempo.
- Cuando las tasas de abandono se analizan por sexo y grupo de edad, agrupando todas las oleadas disponibles de la encuesta, se observa por una parte, como cabía esperar, que son tanto más elevadas cuanto mayor sea la edad, tanto en hombres como en mujeres. En el caso de las personas mayores, sin embargo, las mujeres tienden más que los hombres a ser exfumadoras, también en el grupo de 25 a 34, mientras que en los otros grupos los hombres tienden a tener tasas de abandono más elevadas. De forma preliminar podría concluirse por tanto que –salvo en los años más vinculados a la procreación– los hombres jóvenes abandonan el consumo de tabaco en mayor medida que las mujeres jóvenes, mientras que, a partir de los 45, son las mujeres las que tienden con mayor frecuencia al abandono del consumo
- Más allá de la descripción de la evolución de las tasas de consumo y abandono de tabaco por parte de mujeres, los análisis realizados en este capítulo ponen de manifiesto que existe una relación clara entre consumo de tabaco y género, similar a la que se produce con otras sustancias. En ese sentido, el consumo experimental de tabaco y el consumo diario de más de 20 cigarrillos diarios se relaciona de forma estadísticamente significativa con el sexo, con una odds ratios de 1,45 y 2,67 respectivamente. No se observan por el contrario relaciones estadísticamente significativas en lo que se refiere al consumo habitual de tabaco y el abandono de tabaco en el último año.
- También se ha intentado determinar en este informe en qué medida los factores que habitualmente se relacionan con el consumo de tabaco –como la edad o el estatus socioeconómico– afectan o no de la misma forma mujeres y hombres, tanto en lo que se refiere a las tasas de consumo como a las posibilidades de abandonarlo. Los principales resultados de este análisis apuntan a las siguientes conclusiones:
 - el impacto que tiene la edad en el consumo reciente de tabaco no difiere significativamente entre hombres y mujeres.
 - el impacto del factor socioeconómico difiere entre hombres y mujeres (el término de interacción grupo socioeconómico por sexo es marginalmente significativo, con un nivel de confianza del 90%), siendo su impacto mayor para los hombres que para las mujeres. Los hombres de grupo socioeconómico bajo tienen un riesgo de consumo que es un 66,5% mayor que el resto de los hombres, mientras que las mujeres de grupo socioeconómico bajo tendrían un 11,86% más de riesgo que el resto de las mujeres. Puede decirse, por tanto, que el nivel socioeconómico tiene un impacto diferencial en las tasas de consumo de hombres y mujeres y que, si bien incide en los consumos de ambos grupos, lo hace con una fuerza mayor entre los hombres que entre las mujeres.

- La condición de exfumador/a está estrechamente relacionada con la edad, siendo la probabilidad más elevada cuanto mayor la edad. Además, el impacto de la edad en la probabilidad de ser exfumador o exfumadora difiere entre hombres y mujeres. Se puede decir en ese sentido que el efecto que tiene la edad en la probabilidad de ser exfumador/a (a mayor edad, mayor probabilidad de abandono) se suaviza en el caso de las mujeres. Este efecto moderador del género es más intenso en los grupos de edad intermedios (25 a 34 y 35 a 54 años), lo cual tiene probablemente relación con la edad fértil y la mayor tasa de abandono entre las mujeres que se encuentran en esa edad.
- En lo que se refiere, finalmente, a la relación entre sexo, grupo socioeconómico y abandono del consumo de tabaco, se observa un efecto marginalmente significativo del grupo socioeconómico entre las mujeres (con un nivel de confianza del 90%), pero no entre los hombres. De acuerdo con estos resultados, no hay diferencias significativas, vinculadas al estatus socioeconómico, en la probabilidad de ser exfumador para los hombres, pero sí entre las mujeres: en su caso, las que pertenecen a un grupo socioeconómico bajo tendrían un 39,1% menos de probabilidad que las de clase media-alta de ser exfumadoras, aunque este resultado debe interpretarse con cautela, dada la reducida significatividad del resultado. Así, entre las mujeres, la diferencia en la tasa de exfumadoras entre el grupo socioeconómico medio-alto y bajo es de 12,4 puntos porcentuales (el 47,9% de las mujeres de clase media-alta que han fumado en alguna ocasión abandona el consumo, frente a solo un 35,5% de las de clase baja). Esta diferencia es mucho menor entre los hombres (6,8 puntos porcentuales): un 49% de los hombres del grupo socioeconómico medio-alto que han fumado alguna vez abandona el consumo, frente a un 42,2% de los hombres de grupos socioeconómicos más bajos.

4. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL INICIO, EL MANTENIMIENTO Y EL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO: ANÁLISIS CUALITATIVO

4.1. Introducción y metodología

Como se ha señalado en el apartado introductorio, el análisis de la literatura científica y de los datos disponibles para la CAPV en relación al consumo de tabaco de hombres y mujeres se complementa con un análisis cualitativo de las diferencias asociadas al género en lo que se refiere al inicio en el consumo de tabaco, el mantenimiento y desarrollo de ese hábito, y los procesos de abandono del tabaco. También se repasa en este epígrafe, desde el punto de vista cualitativo, la valoración que los diferentes agentes implicados –los y las profesionales y las personas usuarias– hacen de los programas de prevención y abandono del consumo de tabaco, especialmente en lo que se refiere a la consideración en su diseño e implementación de las diferencias de género señaladas.

Para el análisis de las diferencias de género relacionadas con el inicio, el mantenimiento y el abandono del consumo de tabaco desde un punto de vista cualitativo se han realizado seis grupos de discusión con diferentes perfiles de personas consumidoras, así como con profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención y la deshabituación tabáquica. Concretamente, se han llevado a cabo:

- Dos grupos de discusión con jóvenes fumadores, estando el primero de ellos compuesto por siete mujeres estudiantes de grado de Trabajo Social en la Universidad del País Vasco (UPV) y el segundo por ocho hombres estudiantes de diferentes especialidades de grado medio y superior de Formación Profesional procedentes de distintos centros formativos ubicados en la ciudad de Donostia-San Sebastián.
- Tres grupos de discusión con personas que han participado en programas de deshabituación tabáquica en Osakidetza. A la hora de seleccionar a las personas participantes se tuvieron en cuenta los siguientes cuatro criterios:
 - la edad (30-45 años, 45-60 años y más de 60 años);
 - el sexo;
 - el tipo de programa de deshabituación –individual o grupal– en el que había participado la persona.
 - si la persona continuaba o no consumiendo tabaco en el momento de ser entrevistada.

En cuanto a la composición de los grupos por sexo, también en este caso los grupos fueron no mixtos, estando dos de ellos compuestos únicamente por mujeres y otro sólo por hombres. En los tres grupos de discusión participaron un total de 23 personas.

- Una entrevista grupal con profesionales del ámbito de la prevención en drogodependencias, así como con distintos profesionales de la salud implicados en la promoción y el desarrollo de programas de deshabituación tabáquica en nuestro territorio. En este caso, el grupo estuvo compuesto por seis personas y los perfiles profesionales que participaron fueron los siguientes:
 - una técnico municipal de prevención en el ámbito de las drogodependencias;
 - un profesional de la salud responsable del diseño e implementación de programas de prevención y deshabituación tabáquica;
 - una matrona de Osakidetza;
 - una médico de atención primaria de Osakidetza;
 - una enfermera responsable de la impartición de cursos de deshabituación tabáquica en Osakidetza;
 - una persona responsable del servicio de seguimiento a las personas que han participado en programas de deshabituación ofertados por Osakidetza.

Aunque los temas abordados y la exhaustividad de su tratamiento difieren en las entrevistas realizadas a cada uno de los perfiles que se acaban de mencionar, la presentación de los resultados se ha hecho de forma conjunta y se ha optado por agrupar las respuestas en función de la temática tratada.

En cuanto a la estructura de este capítulo, se ha seguido la misma ordenación que en el apartado correspondiente a la revisión de la literatura, distinguiendo entre el inicio, el mantenimiento y el abandono del consumo de tabaco e incluyendo un cuarto apartado donde se recogen las valoraciones hechas por las personas entrevistadas sobre los programas de prevención y abandono del consumo de tabaco.

4.2. Diferencias de género en el inicio del consumo de tabaco

Por lo que respecta al inicio del consumo durante la adolescencia, las entrevistas realizadas con los/as jóvenes y los/as profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención de drogodependencias permiten identificar similitudes y diferencias en los procesos de inicio de hombres y mujeres. Las principales diferencias identificadas serían un inicio más temprano del consumo entre las mujeres, una mayor probabilidad de que el consumo habitual de tabaco se inicie en estrecha relación con el consumo de cannabis en los hombres y una imagen social feminizada del consumo de tabaco y, concretamente, del cigarrillo en el imaginario adolescente. En cuanto a las similitudes, tanto el contexto en el que tienen lugar los primeros consumos, como las motivaciones asociadas al consumo de tabaco resultan similares para ambos sexos. A continuación, se analizan las principales similitudes y diferencias identificadas en lo que se refiere al inicio en el consumo de tabaco en función del género.

Un inicio más temprano en las mujeres

Las personas consultadas coinciden en señalar que el inicio del consumo tiene lugar de forma más temprana entre las mujeres –13 o 14 años–, en comparación con los hombres, que mencionan edades de inicio situadas entre los 15 y los 16 años, en su mayoría¹⁷. La percepción de las propias mujeres, así como de los/as profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención, es que ello se debe a la maduración biológica más temprana de las mujeres, un hecho que da lugar a diferencias importantes entre ambos sexos, sobre todo, durante los primeros años de la adolescencia.

“Es muy interesante ver cómo evolucionan las curvas de inicio del consumo en función del género, (...) lo primero que entra son las mujeres consumiendo alcohol, después aparecen las mujeres consumiendo tabaco y después entran los chicos. En fin, que las mujeres entran antes, en las edades iniciales antes que los varones en el inicio” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“Pero, además, los chicos con 14 y 15 años también son muy críos. Yo creo que cuando nosotras empezamos a fumar, que ellos tenían también nuestra edad, 15 años o así, o 14, que tampoco éramos tan pequeñas, y estaban todo el día: qué asco... se lo voy a decir a tus padres (...) y luego, con 18 o con 20 les pasa a todos igual que a nosotras (y empiezan a fumar)” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

Algunos/as de los/as profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención señalan que el hecho de que exista esta diferencia en el desarrollo evolutivo de los hombres y las mujeres durante la adolescencia debería ser tenido en cuenta en el diseño e implementación de los programas de prevención, tanto del tabaco, como de otras sustancias.

“Por el anterior desarrollo emocional, personal e intelectual de las mujeres, porque las mujeres a los 12 años son mucho más maduras que un chaval a los 11 años que está pensando en muñecas y en balones (...) la neuropedagogía te está hablando de educar de forma distinta a los chicos que a las chicas y no por una segregación machista, no, para nada, sino para adaptarse a la etapa de desarrollo y maduración de cada uno/a” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

¹⁷ Los datos no parecen confirmar, sin embargo, esa idea. De acuerdo a los resultados de las diferentes oleadas de Euskadi y Drogas, aunque se ha producido en ese sentido, como en otros indicadores, una convergencia entre mujeres y hombres, los hombres se inician antes que las mujeres en el consumo de tabaco: en la encuesta de 2012, los hombres señalaron haber comenzado a consumir tabaco, de media, con 16,8 años y las mujeres con 17,2. En 1992, las edades medidas eran, respectivamente, de 16,2 y 17,8.

Mayor influencia de las relaciones personales en el inicio de las mujeres y del grupo social más amplio en el caso de los hombres

Por lo que respecta a las situaciones en las que se producen los primeros consumos, existen bastantes similitudes entre hombres y mujeres, siendo difícil establecer diferencias claras en función del sexo. No obstante, se percibe que en el caso de los chicos resulta más habitual que los primeros consumos tengan lugar en un contexto menos íntimo, mientras que en el caso de las mujeres existe un patrón bastante estable según el cual el primer consumo tiene lugar junto con uno o más amigos/as pertenecientes al círculo más próximo de la persona, siendo, además, en muchos casos una mujer la persona que suministra el primer cigarrillo. En cualquier caso, la situación más habitual para ambos sexos es iniciarse en el consumo junto con amigos/as, siendo el contexto familiar claramente minoritario –sólo una persona lo menciona– y sin que nadie haya señalado a su pareja sentimental como el origen del primer cigarrillo consumido. En el caso de los hombres jóvenes, además, las personas desconocidas también son señaladas como las suministradoras del primer cigarrillo, cosa que no ha sido mencionada por ninguna mujer.

“Pues, yo empecé en segundo de ESO o así, estábamos de vacaciones con nuestros padres, y una amiga mía, que es más mayor, fumaba, y me dijo: ¿me acompañas a fumar? Y le dije: sí. En plan para esconderse y tal. Y le dije: sí. Y estábamos escondidas, hiper-escondidas. Y me dijo: ¿quieres probar? Y probé, y casi me muero” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“Yo estaba con, pues éramos tres amigos que solíamos dejar clases y salíamos a la calle y un día fuimos a las afueras de, vivía en un pueblo pequeño, fuimos un poco a las afueras del pueblo y había unos chavales más mayores que estaban fumando, nos acercamos nosotros, empezamos a hablar con ellos y nos dijeron, ¿qué, queréis fumar? pues mira lo que, le quitaron el filtro al cigarro, le pusieron cartón y nos dijeron, le tenéis que dar tres caladas” (Grupo de hombres jóvenes).

“Ah, pues yo el primero fue eso, hace dos veranos, en fiestas de aquí, en estropadak, que ya tenía una cogorza de la ostia y me ofrecieron, y yo pues trae, me dieron un cigarro y sin más, me lo eche y desde entonces, dame otro, dame otro...” (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

Además de la mayor o menor proximidad entre la persona que suministra el primer cigarrillo y el/la adolescente, existe un factor de riesgo fundamental en el inicio del consumo de tabaco durante la adolescencia y es el contacto con personas de mayor edad. Aunque esta situación es común a ambos sexos, la situación parece especialmente generalizada entre las mujeres. De hecho, muchas de ellas mencionan a otras chicas de mayor edad –o chicas que se han relacionado con personas más mayores que ellas y vuelven al grupo de origen– como la persona que les facilitó el primer cigarrillo. Estas mujeres se inician en el consumo y, posteriormente, tornan accesible y normalizan el consumo entre las personas de su misma edad que previamente se movían en entornos no fumadores.

“Y empecé a fumar por una que andaba con gente más mayor, y ella es la que nos dio...aunque nosotros le dijimos para probar” (Grupo de mujeres jóvenes).

“Sí, es que eran carnavales y había amigas que fumaban ya, porque eran más mayores,

algunas. Entonces, eran ellas las que fumaban y nos dieron. Y, luego, ya, pues en la siguiente fiesta...Íbamos de fiesta en fiesta, un poco, hasta que empecé a fumar yo” (Grupo de mujeres jóvenes).

“En nuestro entorno de amigos sí que hay un chaval, que tiene tres años menos o así (...) y el chaval fuma a veces también un poco para hacerse el gracioso delante nuestro, como somos más mayores, pues no sé, como para hacerse nuestro amigo y así, o sea para hacerse el guay de alguna manera.” (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

Diferencias de género en las razones de inicio del consumo de tabaco de hombres y mujeres durante la adolescencia

Cuando se pregunta a los/as jóvenes acerca de las razones que les llevaron a iniciarse en el consumo de tabaco, la curiosidad y la influencia del grupo de iguales son los factores que de forma más clara e inmediata identifican tanto las chicas como los chicos. Al indagar un poco más, sin embargo, resulta evidente que también entran en juego cuestiones relacionadas con la construcción de la autoimagen y la identidad personal y grupal durante la adolescencia que presentan algunas diferencias de género que se mencionan a continuación.

La curiosidad que los y las adolescentes sienten respecto al tabaco está claramente asociada a la normalización de esta sustancia y a la permisividad respecto a su consumo en los espacios públicos y privados donde viven los/as adolescentes. Este factor, junto con la facilidad para adquirir cigarrillos y el riesgo relativamente bajo que la población joven atribuye al consumo de tabaco –al menos, en la juventud– conforman una triada que convierte el inicio del consumo prácticamente en un paso más en la transición hacia la edad adulta para muchos/as adolescentes.

“Curiosidad, porque te dicen, no lo hagas, es malo, tal, no sé qué. Pero luego dices, si lo está haciendo el vecino ¿sabes?, tan malo no será, a ver, vamos a probar, y si te gusta pues pasa.” (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

“No sé, yo creo que te incita mucho. Porque también es una cosa que te prohíben desde pequeña, ves a todos a tu alrededor fumando... antes, en los bares, olía a tabaco que flipas... Y, al final, es algo que... “tengo curiosidad”. Curiosidad, curiosidad... Ya está bien”. (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

La influencia del grupo de iguales también es un factor muy importante para decantar el inicio, si bien parece especialmente importante entre los chicos. Entre los chicos parece existir un cierto consenso a la hora de identificar que el consumo de tabaco –y de cannabis– tiene lugar, entre los hombres, en un contexto marcado por la presión social y la necesidad de aceptación grupal, actuando el tabaco como un facilitador de las relaciones o, incluso, un medio o condición para llegar a formar parte del grupo y ser aceptado como uno más.

“Y, también, si tu círculo social fuma, tú al final acabas como: bueno, vale, yo también pruebo, lo que sea... Pues, como todo el mundo fuma, tú también acabas como fumando. A la gente que yo conozco... incluso, ahora, hoy en día, que siempre he sido de no he fumado nada, no he fumado nada. Llegan aquí, por ejemplo, a la universidad, y

ven a todo el mundo fumando, y empiezan ¡ahora! a fumar...” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“Es que hay casos y casos, en general no puedes decir nada, pero yo creo que hay mucha gente que igual pues, yo conozco a uno que empezó a fumar pues para socializar con la gente, voy a fumar para socializarme, que yo creo que hay muchos casos de esos... voy a fumar para tener amigos y meterme ahí en un bucle, en un grupito” (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

En el caso de las mujeres, sin embargo, parece más habitual que éstas identifiquen el consumo de tabaco como una conducta de autoafirmación y, concretamente, como símbolo de desobediencia y rebeldía. Además, en algunos casos, resulta evidente la asociación directa que las chicas adolescentes hacen entre el hecho de ser mujer y la actitud de sumisión que se les supone como mujeres como una motivación más para romper con esa conducta esperada.

“Yo creo que sí que tiene que ver, pues con lo que he dicho: con romper siempre la regla. ¿Está prohibido fumar? Pues tengo que fumar. Yo creo que sí tiene algo que ver. Porque, cuando eres más pequeña, que es cuando empiezas a fumar, estás en contra de todas las normas, de todas las reglas, de todo... O si te dicen: no fumes, y encima: no fumes, que eres tía. Pues todavía más.” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“A ver, sí que siento que cuando eres pequeña, las que fuman son las chunguillas... las marroneras... sí... las malosillas... las que van con rebeldía, lo que tú decías... intentando romper con la norma.” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

Esto muestra que, aunque con menor intensidad que entre las mujeres adultas, la asociación que la industria tabaquera ha establecido durante décadas entre el consumo de tabaco femenino y la liberación de la mujer de los roles tradicionales de género, aún persiste en las generaciones más jóvenes. De hecho, con la perspectiva del tiempo, las mujeres son capaces de identificar cómo su consumo de tabaco ha sido condicionado por una cierta imagen de la feminidad y una determinada idea de mujer asociada a la misma.

“Y para las mujeres de mi edad que empezamos a fumar tan pronto, fumar era como dejar de ir a misa, era como una manera de revelarte contra el sistema y contra todo, además ser mucho más moderna que todo lo que tenías a tu alrededor. Quiero decir, que yo creo que en mi sitio de ahora, con la perspectiva de los años, creo que era un poco el prestigio social que, hasta cierto punto, ha tenido fumar.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

Finalmente, ambos sexos identifican que fumar está asociado con un cierto estatus social positivo o, al menos, con la construcción de una autoimagen por parte de los/as adolescentes fumadores donde el consumo de tabaco equivale a proyectar una imagen de madurez y disconformidad respecto a las normas y roles establecidos. La proximidad respecto al mundo adulto y la rebeldía quedarían así asociados al consumo de tabaco de los/as adolescentes, especialmente, durante los primeros años de la adolescencia; después, esta dimensión simbólica se diluye en favor de la normalización y generalización del consumo dentro de la cultura adolescente. No obstante, las entrevistas realizadas indican que el consumo de tabaco femenino está más estereotipado que el masculino y, de hecho,

mientras que los hombres jóvenes que han sido entrevistados coinciden en su descripción de cómo es una mujer fumadora –coincidente, además, con la que ellas proyectan de sí mismas– no sucede lo mismo a la inversa.

“Yo creo que en el caso de la chica pues ve un cigarro y es guay fumar, o sea, como que ella va a pensar que es más mala, más guay, como que sabe más, no sé, de alguna forma como que va a ser más. De esa forma me la imagino, ¿sabes? En plan de, mira que mala soy, me voy a fumar un piti, ahora ya no, pero antes...”. (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

“Tienes 13 años y te dicen que eres guay, o te estás haciendo la guay... (las demás asienten). No, yo quería fumar porque tenía la curiosidad, a mí lo de guay o no guay, o sea, me lo paso por el arco del triunfo.” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“Yo creo que las chicas fuman más tabaco que los chicos. Pero más por la moda también, el cigarrito, la chica, pues...es como un estereotipo, durante años lo ha sido.” (Grupo de hombres jóvenes fumadores)

Resulta bastante llamativo que siendo los niveles de consumo de tabaco similares entre los chicos y las chicas adolescentes, la mujer fumadora esté más estereotipada que el hombre fumador. Una comprensión más profunda de esta cuestión requeriría de una investigación específica, pero merece la pena llamar la atención al respecto, sobre todo, dada la inconsciencia que las mujeres fumadoras parecen mostrar al respecto. Y es que, al ser preguntadas por esta cuestión, las mujeres tienen la percepción de que su consumo es exactamente igual al de los hombres, tanto en el significado personal atribuido, como en la imagen social resultante. Esta diferencia puede deberse a que, en la actualidad, la expresión de la masculinidad aparece más ligada al consumo de cannabis que de tabaco, un hecho que también identifican los/as propios/as adolescentes.

“Y los chicos, al principio, sólo fuman... no sé... pocos. Los que hacen deporte y así van como que odian el tabaco, pero, al final, siempre les ves fumando. Yo, por lo menos. (...) Yo creo que los tíos empiezan a fumar más tarde, pero, luego, de pitis van a porros” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“Pero es que con los hombres te lo puedes esperar de cualquiera (que consuma cannabis), no me esperaba que el, o que él, o que él fumara porros, hoy en día te lo esperas de cualquiera” (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

“Yo creo que la gente que lleva más tiempo trabajando (la prevención del consumo de drogas) lo tiene en cuenta, porque en la prevención, en general, de todas las sustancias, puede haber un mayor número de chicas, aunque en cannabis no, eh, esa sustancia es más masculina” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica)

Normalización del consumo, accesibilidad de la sustancia y baja percepción de riesgo como factores que facilitan el inicio del consumo en ambos sexos

La adolescencia es un periodo en que la percepción del riesgo asociado al consumo de una sustancia puede verse rápidamente alterada en un periodo relativamente corto de tiempo. La normalización del consumo y la accesibilidad del tabaco en los contextos donde habitualmente se mueven los/as adolescentes son dos de los factores que contribuyen a reducir la percepción de riesgo e incitan al consumo. De hecho, las entrevistas realizadas muestran que ambos factores están presentes en los procesos de inicio del consumo.

“Yo creo que como el tabaco está tan, tan, tan normalizado... y pienso lo mismo de los porros, ¿eh? (...) el tabaco y los porros están tan normalizados, en cualquier bar estás fumándote un cigarro, fumándote un porro o lo que sea... nadie te mira mal, nadie te mira raro... pero, por eso, porque está tan normalizado que no se le da la importancia que tiene.” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“Yo no le veo problema (al consumo de tabaco), pero es que una persona, imagínate que se bebe un cubata o dos cubatas todos los días... yo me quedaría flipando... yo, eso sí que lo vería más problema, pero el tabaco, no. Y si me llega a pasar eso con el alcohol... Eso ahí sí te digo, tengo un problema.” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras)

No obstante, algunos/as de los/as profesionales entrevistados señalan que tras la promulgación de la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco se ha producido un proceso de paulatina des-normalización del consumo de tabaco entre los/as adolescentes, si bien ello no ha llegado todavía a incidir de forma decisiva en un descenso de los niveles de consumo.

“Hay una cosa que a mí me llama mucho la atención y eso es desde el cambio de percepción, por eso hablo de creencias, que van a tener unas gafas distintas (los adolescentes de hoy en día), yo hace, llevo treinta años trabajando prevención, tú le preguntabas hace diez años, doce, menos, diez años a un adolescente ¿cuántos crees tú que fuman? y te dicen que la mayoría, casi todo el mundo fuma. (...) Y esa percepción con la Ley del tabaco está cambiando, por ejemplo, ha cambiado veinte puntos casi en el último año, en los últimos ocho años, es decir, ya los que piensan que la mayoría de la gente fuma está cayendo en picado y eso es por la Ley del tabaco, claramente, es la “des normalización”.

En cualquier caso, la normalización del consumo de tabaco y el hecho de que los efectos sobre la salud que causa sólo sean visibles en el largo plazo, contribuye a que los y las adolescentes tengan una percepción bastante baja del riesgo asociado a su consumo, un hecho que reduce los incentivos de este grupo de población para abandonar esta sustancia.

“Pero yo creo que el tabaco no le vemos tanto el peligro. O sea, tanto el alcoholismo como... Al final, un cáncer de pulmón tiene el mismo peligro, incluso yo creo que el cáncer de pulmón tiene más, porque tienes más probabilidades de morirte. Pero yo creo que... no. Porque es que fumando puedes hacer una vida normal. A ver, “normal” entre comillas. Entonces, está más normalizado. Y como puedes hacer vida normal, pues no le vemos el peligro” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

Se constata por otra parte que el acceso a esta sustancia continúa siendo relativamente fácil para los/as adolescentes pese a que, en la mayoría de los casos, el consumo se inicia siendo menores de edad. A este respecto, los/as jóvenes apenas mencionan ninguna dificultad a la hora de comprar tabaco y señalan que recurren a otras personas jóvenes mayores de edad o, incluso, a personas adultas, como forma de sortear las barreras legales que regulan la venta legal de esta sustancia. Este hecho pone en evidencia la tolerancia que la sociedad continua teniendo respecto al consumo del tabaco entre las personas más jóvenes, aunque algunas opiniones también apuntan a que se habría producido en los últimos años un endurecimiento del control de las ventas a las personas menores de edad.

“Yo iba tranquilamente al estanco, y te vendían, sin pedirte el DNI ni nada. (...) Es más, a mí me están poniendo problemas ahora. O sea, cuando yo tenía 13 años, si compraba tabaco, no me pedían nunca el DNI, y ahora voy al mismo estanco, con 21 y me pide el DNI. Me dicen: dame tu DNI. Es como: ¿perdona?” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“Pero igual, cuando era más pequeña, en plan pues 15 o así, que se nota que soy todavía pequeña, sí que, hombre, igual no ponerte en la puerta del estanco, pero a alguien que es más mayor que conoces, le dices: oye, ¿te importa cuando vayas al estanco comprarme?” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

Finalmente, desde el punto de vista económico, el tabaco continúa siendo accesible para los/as jóvenes. Si bien tiene un impacto evidente en su economía, el esfuerzo económico que realizan para adquirirlo resulta en líneas generales asumible y no parece entrar en competencia con otras necesidades importantes. No sucede lo mismo con los hombres que consumen cannabis de forma habitual y, por lo tanto, tabaco de forma más o menos indirecta. En este caso si se observa que la decisión de reducir o abandonar el consumo viene, en parte, motivada por el elevado coste que conlleva consumir cannabis de forma habitual.

“Si no te lo gastas en tabaco, te lo gastas en camisetas. Y si no, en otra cosa. Pero sí que es verdad que teniendo el mismo dinero que tengo ahora, quito la parte del tabaco, pues, ostia, sí que lo notarías. ¿Qué harías otra cosa con el dinero? Seguro. Que me lo gastaría en otra cosa, seguro.” (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“Sí, sí yo he intentado reducir el consumo (de cannabis), que la pasta vuela y no viene sola...que al final es mucha pasta también.” (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

4.3. Diferencias de género en el mantenimiento del consumo de tabaco

En este epígrafe se enumeran y analizan, brevemente, las principales funciones o significados que las personas fumadoras atribuyen a su consumo de tabaco, teniendo en cuenta las diferencias observadas entre hombres y mujeres con el objetivo de comprender mejor cuáles son los factores que, de forma específica, dificultan el abandono y actúan como mantenedores del consumo de tabaco para cada uno de los dos sexos.

El consumo de tabaco como aliciente para sobrellevar la rutina diaria en ambos sexos

Tanto los hombres como las mujeres mencionan la estrecha vinculación que existe entre su consumo de tabaco y la rutina diaria que realizan. De hecho, este es uno de los factores que genera mayor ansiedad e inseguridad en las personas en el momento de abandonar el consumo. No obstante, las entrevistas realizadas muestran que, en el caso de las mujeres y, especialmente, de las mujeres adultas, esta función del tabaco como vertebrador de la actividad diaria parece cobrar mayor peso que en el caso de los hombres. Concretamente, varias mujeres adultas describen su consumo de tabaco en términos de recompensa o incentivo cotidiano, esto es, como una forma de sobrellevar su rutina diaria y premiarse a sí mismas de algún modo tras el cumplimiento con sus tareas y responsabilidades laborales, domésticas y de cuidado familiar.

“Todo está relacionado con el tabaco. Cuando me levanto y me pongo el calcetín, toca un cigarro. Cuando voy a desayunar y hago así con el café, toca otro. Cuando voy al monte y subo a la cumbre, toca dos. Cuando... no sé...me ato los zapatos...o bajo al bar...cuando salgo del ascensor, y salgo por el portal, toca uno. (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación)

“Para mí es todo, porque va todo lo que decía ella antes de que cada cosa que haces, luego un cigarrillo, ¿no? Yo pongo unas lentejas, un cigarrillo. Voy a trabajar, un cigarrillo. Voy a dar esto al taller, un cigarrillo, voy a no sé qué, un cigarrillo, y voy a hacer la compra, un cigarrillo.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Llevo siete meses sin fumar (...) y algunas veces pues sí me apetecería fumar, digo “Ay, ahora me fumaría un cigarro” (...) Es, a veces, cuando estoy sola, por ejemplo, que he terminado de hacer algo, y digo “ay..” como un premio, no?, o yo qué sé. (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

Aunque algunos hombres también mencionan que el tabaco les ayuda a enfrentar sus responsabilidades cotidianas, en ningún caso aparece la alusión a la idea de premio o incentivo y, en caso de mencionar algo, las sensaciones descritas se relacionan con el manejo del estrés y la ansiedad. Esta diferencia en la conducta de hombres y mujeres, o, más bien, en el significado que cada sexo atribuye a una misma conducta, remite a los resultados obtenidos por McGovern (2015) en su investigación, donde demostraba que ante las situaciones de afecto negativo (tristeza, depresión, ansiedad, estrés) el consumo de tabaco se incrementaba por igual en ambos sexos, mientras que en el caso de las mujeres, éste

también se veía incrementado en situaciones caracterizadas por la ausencia de afecto positivo (falta de satisfacción, entusiasmo, alegría, etc.).

“Igual, a la mañana, yo trabajo de 14h a 22h...igual estaba hasta la 13h sin fumar nada en toda la mañana. Y en el momento en que entraba por la puerta del taller, ala, el cigarro. Ya estaba tenso. Claro. Entonces, hay situaciones de nervios...me tira...no lo puedo remediar.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

“Sí, eso es, cuando llegas y pim-pam, necesitas 5 minutos para despejarte y esos 5 minutos los aprovechas para decir, voy a fumar, y fumas.” (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

En este sentido, podría ser que las mujeres utilicen el consumo de tabaco en mayor medida que los hombres para la gestión de sentimientos de insatisfacción y frustración en el marco de la vida cotidiana, creando así un sistema de recompensa asociado a dicho consumo. Por otro lado, y tal y como se expone a continuación, debe tenerse en cuenta también que las mujeres asumen por lo general más responsabilidades en el ámbito doméstico y de cuidado familiar en comparación con los hombres, lo cual constituye una fuente de estrés añadida que puede exacerbar este sentido del consumo.

“Lo que decíamos antes, que al final, el fumar tiene mucho de... o sea, yo he sido fumadora... y tiene mucho que ver con la recompensa que tú decías antes, ¿no?” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

Las responsabilidades familiares y el trabajo de cuidados como una fuente de estrés añadida en las mujeres

Como se acaba de comentar, el consumo de tabaco constituye una forma de hacer frente a las actividades y rutinas de la vida diaria para la mayoría de las personas fumadoras. Sin embargo, en las entrevistas realizadas se constata que cuando a las obligaciones habituales se suman también responsabilidades familiares y de cuidado de personas dependientes –ya sean niños/as o personas mayores– el estrés se incrementa, y con él la importancia atribuida al tabaco como forma de hacer frente a estas responsabilidades. Desde el punto de vista del género, tanto los/as propios/as profesionales como algunas de las mujeres entrevistadas señalan que la alusión a esta circunstancia como un factor de mantenimiento del consumo resulta más habitual entre las mujeres en comparación con los hombres.

“Yo sí notaba que uno de los argumentos de las mujeres para fumar y que aquí también ha salido el tema... en las mujeres igual es más la carga familiar... de niños, de madres, de suegros, de suegras... esos momentos de estrés que tenemos... eso sí, se ve que ellos no lo mencionan porque, en general, no lo hacen” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“También las mujeres justifican más el hecho de fumar, pues eso, un poco para controlar el estrés, la tensión...igual los hombres no lo justifican de ninguna manera ¿no? Es, bueno, pues un consumo y la mujer es más probable que te diga que no es un buen momento, que la sobrecarga en casa y fuera de casa, la conciliación de la vida familiar y tal, siempre produce más tensión, más estrés, y te lo justifican un poco con eso” (Grupo

de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“Tener que trabajar como un cabrón diez horas, que tengo que volver, que tengo que hacer las compras, que tengo que estar con la cría, que tengo que no sé qué...yo por eso necesitaba (fumar), lo tengo clarísimo” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

En este sentido, y tal y como se comenta más adelante, visibilizar esta sobrecarga como uno de los factores que contribuyen a mantener el consumo de tabaco, especialmente, en las mujeres, se considera una cuestión importante de cara al diseño y la selección de los contenidos abordados en los programas de deshabituación.

La búsqueda de un espacio propio y de tiempo para sí mismas en las mujeres adultas

Otra de las diferencias observadas entre el consumo de tabaco de hombres y mujeres en edad adulta es que resulta más habitual que la mujeres consuman tabaco estando solas o, al menos, otorguen un significado y sentido específico al tabaco que consumen en soledad, en comparación con el que consumen en un contexto eminentemente social. Los/as profesionales que trabajan en el ámbito de la deshabituación opinan que esta dimensión más personal o íntima que puede apreciarse en el consumo de algunas mujeres está relacionada con la búsqueda de un espacio personal íntimo del que muchas veces carecen en el marco de su vida familiar.

“Yo pienso que los hombres fuman más socialmente, o sea, salen más entre semana, por ejemplo, y las mujeres somos, igual, más fumadoras solitarias. En más ocasiones, quiero decir. También en grupo, ¿eh? O sea... cuando salimos, todos los que fumamos, fumamos. Pero... no sé, yo por lo que veo en casa, ¿eh?” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“O sea para mi fumar es como cuando estás con tu intimidad, con tus pensamientos, esos que solo los sabes tú y que solo los sientes tú, y que a veces hasta no te atreves a decir a nadie. Es como que me recojo. Es más a veces entraba mi hijo a la cocina, porque yo siempre, en la casa yo solo fumo en la cocina. Y me molestaba, porque me rompía como ese algo, esa burbuja, que era el tabaco, mis pensamientos, y bueno mis angustias o mis no angustias.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Yo lo veo mucho en mujeres que dicen que lo que más les cuesta cuando dejan de fumar, es que, yo, por ejemplo, el de las diez de la noche, por poner un ejemplo, que los niños se han metido en la cama, que no quiero que mi pareja esté al lado mío, que se marche, es mi momento, es mi momento, tengo 15 minutos para mí, de relax, de placer, y ese cigarro, me lo fumo con una intensidad, viviéndolo”. (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“Sí que te das cuenta de que las mujeres igual el tabaco te lo cogen como un quitapenas, como una forma de disponer de un espacio para ellas que no tienen.” (Grupo de

profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

Este patrón de consumo, sin embargo, no es generalizable y debe tenerse en cuenta que la dimensión social del consumo también está muy presente en muchas mujeres fumadoras. No obstante, sí que debería de considerarse al acompañar a mujeres que están en proceso de deshabituación que ellas concederán más importancia al espacio íntimo o dimensión personal de su consumo, en comparación con los hombres. Además, tal y como se verá más adelante, este hecho también tiene su reflejo en las situaciones que dan lugar a recaídas, siendo más habitual entre las mujeres que el consumo se reanude en momentos de soledad.

“Sí, yo he asociado el tema del tabaco más a lo social, me pasó un poco como a ella, eh, para mí fumar era como, no sé, una forma de meditar, pero también era fumadora social, fumaba a todas horas.”

La dimensión social del consumo de tabaco, una dificultad para ambos sexos pero que está más presente entre los hombres fumadores y las personas jóvenes

La dimensión social del consumo constituye un factor mantenedor del consumo que está presente en toda la población fumadora, aunque es especialmente notable en el caso de los hombres adultos y las personas jóvenes. No obstante, como ya se ha comentado en el punto anterior, también hay muchas mujeres adultas que identifican que su consumo de tabaco está estrechamente ligado a los momentos de ocio y de socialización con otras personas. En el caso de las personas jóvenes puede decirse, además, que esta función social del tabaco es doble. Por un lado, es un hábito comúnmente compartido con el grupo de iguales que adquiere sentido en el marco de dichas relaciones, pero, además, también actúa como un medio o excusa para establecer nuevas relaciones, sirviendo de catalizador o facilitador de la interacción entre personas desconocidas. Este último tipo de uso del tabaco es mencionado con mayor frecuencia por las mujeres jóvenes, que lo identifican como una ventaja asociada al consumo de esta sustancia. En el caso de los hombres jóvenes, sin embargo, como ya se ha explicado el consumo de tabaco se hallaría más asociado a la integración dentro del grupo de iguales. En cualquier caso, la dimensión social asociada al consumo de tabaco ha sido mencionada en ambos grupos de discusión y denota la importancia que el consumo de tabaco tiene entre las personas jóvenes a la hora de relacionarse con otras personas.

“Eso, aquí sales a la puerta de la universidad y, al final te juntas, pues con los que están fumando. (...) A mí, una vez, uno de segundo que no conocía de nada me dijo: ¿no tendrás un filtro? Y así (nos conocimos)...o sea, te quiero decir que... no es nada bueno, pero dices: mira, pues así conozco a gente. Yo qué sé...”. (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“A mí no, pero a mi hermana le pasó y conoció a su novio, y lleva dos años y medio con él. O sea, no el (hecho de) fumar, pero el hecho de pedir el mechero. Pero... fue como yo le digo: es malo fumar, pero si no llegas a fumar, ahora no estarías dos años y medio así, tan bien como estás con él. (...) No tiene nada de bueno, lo que ha dicho ella, porque ya sabemos que no tiene ninguna ventaja, pero, mira, hay cosas buenas que pasan por fumar, también. Una solo conozco, pero...”. (Grupo de mujeres jóvenes fumadoras).

“Diría que eso pasa más en hombres que en mujeres, lo de empezar a fumar para juntarse con alguien, yo lo veo más de parte de chicos que de parte de chicas.” (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

“Y, luego, lo relacionamos siempre con la felicidad. Te das cuenta...joder, si yo no salgo y no fumo un cigarro y no bebo nada...no voy a estar.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

El consumo de tabaco junto con otras sustancias se da con más frecuencia entre los hombres

Otro de los factores que actúa como mantenedor del consumo es la asociación que muchas personas hacen entre el consumo de tabaco y otras sustancias, fundamentalmente, alcohol y café, aunque cabe mencionar también el cannabis entre las personas jóvenes. Estos estímulos se asocian entre sí en experiencias, por lo general, placenteras. La asociación entre los distintos consumos se convierte así en una dificultad importante de cara a los procesos de deshabituación, ya que la presencia de uno de los estímulos desencadena la apetencia por el otro, intensificando los síntomas de abstinencia y el riesgo de que se produzca una recaída.

“Yo lo relaciono con el café. Con el primer café. Yo, hasta que no bajo a la calle, a por el café y a por el pan, no fumo.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Y lo tenía como ha comentado otro compañero, (el consumo de tabaco) lo tenía muy relacionado con el alcohol. O sea, yo no me imaginaba tomar una caña, una cerveza sin fumarme un cigarro. Y fue eso lo que me ayudó años después a dejarlo (...) tuve que dejar el café, porque tomaba también mucho café, y el alcohol también. Y eso me ayudó” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

Desde el punto de vista del género, parece que esta asociación entre el consumo de tabaco y alcohol es más frecuente entre los hombres adultos y las personas jóvenes. Entre las mujeres adultas, sin embargo, resulta más habitual referirse al contexto global de las reuniones y encuentros sociales como el principal estímulo que incita su consumo de tabaco, pero no tanto a la relación directa y la sensación placentera que se deriva de consumir dos o más sustancias de forma simultánea (un hecho que, sin embargo, sí es mencionado por los hombres adultos que combinan el consumo de alcohol y tabaco de forma habitual). Así, las mujeres parecen dar más importancia al sentido social que adquiere el consumo en el marco de los encuentros sociales y no tanto al estímulo físico que se deriva de la ingesta de alcohol.

“Es curioso, yo no sé por qué, ¿eh? Pero yo dejo de fumar, empiezo a beber y no me sabe igual. Y dices: joder, qué sabor tiene, qué rara sabe la cerveza. Y tan rara, tan rara, tan rara, que ya no le saco el gusto tan cojonudo que tenía antes, con lo cual ya... ¿Qué vas a tomar? (...) Antes con el cigarro era imprescindible tomarme una caña o un gin-tonic o lo

que sea, eso era así. Entonces, muchas veces iban parejos”. (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

“A mí se me hace triste. Estar en una terraza, así de charla y tal y todos así con su cigarrillo... ¿y tú? Si no fumas, ahí con tu bocadillo, mirando...”. (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

Esta relación que se da entre el consumo de tabaco y alcohol en los hombres fumadores parece estar asociada a la función estimulante que el tabaco desempeña con mayor frecuencia entre los hombres, tal y como ya se ha explicado en la revisión de la literatura especializada.

“Yo identificaba fumar al placer. Tu gin-tonic y tu cigarrillo... A mí, a ver, a mí que me venga algo ahora que estoy como Dios. (...) Todos lo identificamos como que es bueno: es bueno, es placentero, es el momento... Y, entonces...y eso es lo que nos tenemos que quitar de la cabeza.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación)

El afrontamiento de situaciones estresantes y sentimientos negativos se muestra como un factor de mantenimiento del consumo relevante para ambos sexos

El uso del tabaco como forma de gestionar el estrés y la ansiedad frente a situaciones difíciles es común entre las personas fumadoras, aunque se menciona con más frecuencia entre las personas adultas y, especialmente, entre las mujeres, para las cuales, como ya se ha explicado, el consumo de esta sustancia está más asociado al manejo del estrés que al placer provocado por su consumo. No obstante, y especialmente ante crisis vitales, eventos traumáticos o situaciones adversas de especial intensidad (enfermedad o muerte de un familiar cercano, separación conyugal, etc.) ambos sexos señalan incrementar o retomar su consumo de tabaco –en caso de que se hubiera producido un proceso de deshabituación previa– en respuesta a situaciones estresantes y sentimientos negativos.

“Yo he hecho otros dos intentos ya hace años, durante año y pico dejé de fumar... Pero operaron a mi madre y, no sé, por problemas, volví a fumar. Se pasaron otros ocho o diez años, me casé...tuve un hijo y la mujer lo pasó muy mal en el parto. Yo ya llevaba año y medio o dos años sin fumar, y volví a empezar.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

“Estuve un año sin fumar también. Pero luego volví con la tontería de todo muy despacio. Luego se me juntó hace 5 años un divorcio, más luego la muerte de mi padre. Y eso ya ha sido...porque estuve con Carlos (en el programa de deshabituación) justo el año antes y lo de mi padre en cuestión de mes y medio se fue. Y eso, uf, desde entonces pues no lo he dejado”. (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

Es importante, por otra parte, considerar la especificidad que presentan las personas que tienen algún tipo de trastorno de ansiedad y depresión o algún otro problema psiquiátrico en lo que se refiere al consumo de tabaco y sus causas. En este perfil de persona fumadora, el afrontamiento de las emociones negativas mediante el consumo de tabaco es un componente mucho más importante para el mantenimiento del consumo y ello debe ser tenido en cuenta a la hora de promover el abandono, así como de gestionar los riesgos de recaída cuando se ha tomado la decisión de abandonar el consumo. Y es que, tal y como se señala más adelante, algunos/as de los /as profesionales que trabajan en programas de deshabituación tabáquica coinciden en señalar que los pacientes psiquiátricos precisan

intervenciones más específicas y adaptadas a sus necesidades que las que se ofrecen en la actualidad.

"Porque tengo a mi suegra en casa desde hace 3 años. (...) Y teniendo lo que tengo, pues... como que no (voy a dejar de fumar). Me ponen que tengo depresión, ansiedad. Entonces, se me acumula... el hijo sin trabajo, la suegra en casa (...). O sea, como que yo así no lo dejo." (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

"Yo cuando más fumo es cuando peor estoy. Quiero decir si tengo algún problema serio es cuando más fumo. Por ejemplo, cuando estoy con problemas de alimentación, es todo el rato fumar. Si tengo un problema con mi psiquiatra o lo que sea, es fumar, fumar, fumar (...). Es que es encenderme un cigarro, apagarlo, hacerme otro, encenderlo, apagarlo y estar todo el día fumando. Que... necesito fumar. Y, en cambio, cuando estoy ya mejor, es como que no me hace falta tanto" (Grupo de mujeres jóvenes).

4.4. Diferencias de género en los procesos de abandono del consumo

Como ya se ha comentado en la revisión bibliográfica, los hombres y las mujeres presentan diferencias en las motivaciones que les llevan a dejar de fumar, así como en las dificultades que experimentan durante el proceso. Según la literatura especializada, las mujeres mencionan con más frecuencia aspectos relacionados con el bienestar psicológico, aunque aluden en la misma medida que los hombres a razones vinculadas a la salud física. Además, diversos estudios indican que las mujeres experimentan un mayor sentimiento de culpa por el hecho de ser fumadoras y se preocupan más por las consecuencias que el hábito tabáquico puede llegar a tener sobre su salud. Algunos estudios también indican que las presiones familiares y sociales en la decisión de abandonar el consumo de tabaco serían similares para ambos sexos, un aspecto que, sin embargo, no corroboran las entrevistas realizadas en el marco de este estudio. A continuación, se describen brevemente las principales diferencias observadas en las razones que hombres y mujeres esgrimen para decidirse a abandonar el consumo de tabaco.

4.4.1. Motivaciones para el abandono del consumo

Los problemas de salud presentes y futuros, una razón importante para el abandono del consumo en ambos sexos

Tanto los hombres como las mujeres manifiestan que una de sus principales motivaciones para abandonar el consumo de tabaco es la mejora de su salud física actual, así como evitar el deterioro de la misma a largo plazo. La mayoría de las personas mencionan el cansancio, la insuficiencia respiratoria y la tos como los principales síntomas de las consecuencias que el consumo de tabaco tiene sobre su salud actual.

"Yo ya llevaba todo el año como de catarros, que no sé si era bronquitis o no, pero cada una o tres semanas, otro...y yo voy todos los días al monte, casi todos los días que puedo y me da muchísimo la tos. Me costaba muchísimo. Me costaba más que una persona que viene de vez en cuando (...) es que es verdad, yo veía que no podía, y me fastidiaba, y al final, no me sentía bien." (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

Entre aquellas personas que sí cuentan con un diagnóstico de enfermedad grave, el consumo de tabaco se percibe como una actividad de riesgo que, sin embargo, puede quedar minimizada cuando la propia enfermedad implica un deterioro importante de la calidad de vida de la persona. Así, este tipo de diagnóstico puede actuar motivando o desmotivando el abandono del consumo, sin que puedan apreciarse posturas o posiciones diferentes en función del sexo de la persona.

“Lo que no quiero es volver a toser, no quiero estar constantemente echando flemas... Oler como un cencerro (...) Y luego, pues sé que si sigo fumando la voy a cascar. Según me dicen los médicos: te ha dado un infarto, no se te ocurra fumar, unas broncas.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Yo lo dejé en un ingreso. Estuve ingresada 15 días y no fumé durante dos años. Después de ese ingreso y de dejar de fumar, volví a ingresar dos veces más. Y a la segunda ya salí con el cigarro en la mano, porque, antiguamente, se fumaba en los hospitales.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

Abandonar el consumo de tabaco se considera un requisito casi indispensable para preservar la salud y la calidad de vida a largo plazo, es decir, durante la vejez, para casi todas las personas entrevistadas, sin que puedan identificarse diferencias de género en este sentido. Se observa que tanto los hombres como las mujeres cuentan con abandonar el tabaco antes de llegar a una edad avanzada y algunas personas incluso señalan ciertos acontecimientos vitales como el punto de inflexión para tomar la decisión de abandonar su consumo (menopausia, jubilación, etc.).

“Entonces, tienes... el tema es...tienes que dejar lo que es malo...para llegar a viejo lo mejor posible. Porque, ¿sabes lo que digo? Yo pienso muchas veces: estoy pagando a la Seguridad Social tanto dinero. Le estoy pagando una pasta. Para que cuando cumpla 65 años pueda vivir bien. ¡Qué voy a llegar hecho un pitorro!. Que voy a estar en una silla de ruedas, y voy a ir con una pierna colgada, porque tengo el azúcar y tengo de todo... ¡No voy a disfrutar de la jubilación!” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

“Yo tenía el objetivo de llegar a la menopausia sin fumar. Para mí era muy importante. Pues porque se supone que tenemos más peligro de enfermar, ¿no? Que ya nos abandonan muchas hormonas y pues para mí era importante...” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

Finalmente, algunas mujeres apuntan a que, a diferencia de ellas, los hombres no anticipan ni reflexionan tanto sobre su decisión de abandonar el consumo de tabaco, minimizando, en cierto modo, las consecuencias que ello puede llegar a tener sobre su salud, especialmente, en el largo plazo. Aunque en las entrevistas realizadas no se ha podido apreciar esta diferencia, la literatura especializada sí señala que las mujeres, por lo general, viven su consumo con una sensación de culpa más intensa y muestran mayor conciencia y preocupación sobre las consecuencias negativas que su consumo podría tener en el futuro. Además, también reflexionan más en torno a la decisión de abandonar el consumo de tabaco y planifican más que los hombres este proceso.

“En mi caso (a mi marido) le daba bastante igual todo. Ni se preocupaba, ni pensaba en ello. ¿Qué, hay que dejar de fumar? Ah, vale, ¿dónde hay que ir? A él no le ocasionaba preocupación... no pensaba en ello... es algo mayor que yo, y en ningún momento decía: pues tengo tos, o me canso... Nunca. Él no le daba importancia.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Y me encuentro asfixiado. La mujer te dice: joder, roncas por la noche, tienes un pitido... Vale, tú todo eso lo vas asimilando... la operación que tuve (de corazón)... ¡Hay que dejar como sea! Y, claro, se te van juntando los problemas. Y dices: nada, aquí hay que cortar por lo sano. Es como si viene el médico y te dice: como no dejes de fumar, te quedan dos telediaros. Y a eso es a lo único que le haces caso.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

“Yo creo que... en gente que todavía mantiene una salud buena... Yo creo que las mujeres tendemos más a mirar hacia delante. Igual es por el percal que nos queda en casa, porque están los de abajo y los de arriba. Entonces, dices: joder, como para morirme estoy. No es no querer, pero es que no podemos. Porque claro, la responsabilidad que asumimos en la vida. La individual y la colectiva, pues nos pesa.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

Acabar con la dependencia y la adicción al tabaco, una motivación tanto para los hombres como para las mujeres

Al igual que sucede con la preocupación sobre la salud, el deseo de dejar de experimentar una fuerte dependencia respecto al tabaco también es una motivación señalada por personas de ambos sexos. En este sentido, debe tenerse en cuenta que las personas que deciden acudir a los grupos de deshabituación suelen ser personas que ya han hecho otros intentos de abandono previos en los que no han tenido éxito. Además, estas personas suelen tener la percepción de que su nivel de adicción y dependencia hacia la nicotina es elevado y abandonar el consumo constituye un reto importante para ellas. Aunque no se cuenta con datos que permitan comparar la diferencia en los niveles de dependencia a la nicotina de esta población y los del resto de la población fumadora, cabe suponer que éstos sean más elevados entre las personas que participan en grupos de deshabituación. Así pues, muchas personas aluden a la dependencia respecto al tabaco como una vivencia angustiada y señalan que la idea de quedarse sin tabaco les producía una ansiedad constante de la que deseaban liberarse. Así, varias de las personas entrevistadas señalan que ésta fue una de las principales fuentes de motivación para abandonar el consumo de tabaco.

“Para mí, la principal motivación fue la dependencia. Estar pendiente todo el rato de si tengo o no tengo tabaco, esa esclavitud.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

“Yo al final he tenido que vivir con unas paranoias, con que salía del curro a las diez y todavía me quedan doce cigarros. Me voy a acostar a las doce, como mucho. O sea, que llegaba...pero de sobras. Y no, tenía que pasar, por huevos, a comprar otro paquete, porque en mi cabeza tenía la idea de que me iba a quedar sin tabaco” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

“Y dejé de fumar, porque ¡quería dejar de fumar! Porque estaba harta de... ¿tengo tabaco en el bolso? Voy al estanco, voy a... De la dependencia esa, ¿no?” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

El compromiso con otras personas significativas, la presión familiar y las responsabilidades de cuidado: una razón más importante en las mujeres

Un aspecto en el que sí se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres es en la frecuencia con la que unos y otros señalan como motivación para el abandono de su consumo el compromiso respecto a otras personas significativas, así como las expectativas y la presión que reciben por parte de su entorno para cesar su consumo de tabaco. Este hecho apunta, por un lado, a que las mujeres se mostrarían más receptivas a abandonar su consumo de tabaco impulsadas por razones y motivaciones procedentes del exterior, es decir, por voluntades, deseos o expectativas ajenas a sí mismas. Por otro lado, indica que, o bien las mujeres fumadoras reciben más presiones familiares y sociales que los hombres fumadores para abandonar su consumo, o bien estas demandas están más presentes para ellas y, tal y como se expone más adelante, les llevan a desarrollar sentimientos de culpabilidad con mayor facilidad cuando no responden a ellas.

“Yo me planteé dejarlo en serio el día en que al aita le dijeron que o dejaba de fumar o le cortaban la pierna. Él estuvo en la unidad de tabaquismo del Hospital de Donostia, y él lo dejó. Y mi padre se fumaba cuatro paquetes al día. Y yo le dije: si tú lo dejas, yo lo tengo que dejar. O sea, yo te prometo que yo lo dejo. Entonces, ya, él lo dejó y entonces, claro, a mí me tocaba. No iba a quedar encima como el culo.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Comentaba eso, que a parte de ese runrún que tengo yo todo el rato en la cabeza, tengo dos sobrinas pequeñas y ahí se me he hecho muy pesadas. Realmente muy pesada, y es que tía das asco, tía hueles a tabaco, y al final entre tu run run, y las crías que son muy pesadas. Pues al final dije, mira me animo otra vez.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Uno de los motivos que decían las mujeres siempre es de cara a los hijos. Eso sí es verdad. Si lo hago, es por mi hija. ¿Entiendes? Lo que hemos comentado, aquí también, pero yo creo que en las mujeres es más generalizado. (...) Tienen ese sentido de culpa con la familia, con los hijos, con todo.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

A diferencia de las mujeres, cuando los hombres son preguntados por la presión familiar recibida y el papel que este factor ha jugado en su decisión de abandonar el consumo, muchos tienden a minimizar la importancia de este factor y reivindican, además, el derecho a tomar sus propias decisiones, manteniéndose ajenos a las expectativas y demandas procedentes de su entorno. Algunos también manifiestan una escasa predisposición a realizar sacrificios y esfuerzos por otras personas significativas para las cuales el abandono de su consumo pudiera resultar beneficioso

“Yo creo que siempre me he sentido libre. O sea, no me he sentido presionado (por mi familia). Puntualmente, sí. Pero, en general, no.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación)

“A mí en casa sí me dicen: mi mujer, mi madre y mi hermana cuando va...y claro “blablablá”...sí, sí, ya sé, ya sé que tengo que dejar, que ya sé, ya sé, déjame en paz (...) Y ya está. Yo ya sé que lo tengo que dejar, pero tengo que buscar el momento. Lo tengo que buscar yo.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación)

“Yo, personalmente no lo voy a hacer (abandonar el consumo) por mi madre o por mi lo que sea. Puedo hacer, por mi madre, pues fumar en el balcón o en la ventana... Eso. Pues lo que he dicho de la educación de los fumadores, pero nada más.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación)

No obstante, esta característica no es, en ningún caso, generalizable a todos los hombres. De hecho, algunos señalan que la paternidad ha sido un detonante fundamental a la hora de tomar la decisión de cesar el consumo de tabaco. Es importante señalar también que prácticamente la mitad de las mujeres entrevistadas han continuado fumando durante el embarazo y que muchas también lo han hecho después de dar a luz, un hecho que cuestiona y desmitifica la idea de que las mujeres prioricen las necesidades y expectativas ajenas. No obstante, sí parece que esta circunstancia se dé de manera más frecuente que en el caso de los hombres. Además, debe tenerse en cuenta que la presión que muchas mujeres sienten para abandonar su consumo, especialmente durante el embarazo, no siempre resulta en un proceso de deshabituación sino que, a veces, se transforma un sentimiento de culpa que puede llegar a inhibir la decisión de abandonar el consumo. La culpa parece ser uno de los aspectos que operan específicamente en el mantenimiento y abandono del consumo de tabaco de las mujeres, por lo que debería ser tenida en cuenta también en el diseño de las intervenciones.

“También hay otro elemento que (influyó en mi decisión de abandonar el consumo). Nació mi primera hija (...) y cuando cogía a la niña, yo era, buah, tenía unas manías de limpiarme cuando llegaba a casa, lo del coche, también...lo odiaba. O sea, me encantaba fumar, pero al mismo tiempo...el olor. Y nada, pues cuando cogía a la niña, es que no podía, me daba un asco y me dije: ya está y coincidió con otra cosa también y tenía un mes y dos días mi hija y desde del 2013 ya no he vuelto a fumar ni un cigarrito”. (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

“Yo es que (no dejé de fumar) ni en los embarazos. Porque, es más, antiguamente, yo tengo 57 años. Antes te decían, no dejes de fumar, fuma menos, pero no dejes de fumar, porque los nervios pueden afectar al niño. Pues qué mejor para una fumadora que seguir fumando. Y yo cuando os oigo, digo joder pues tengo que ser muy mala madre, porque ni estando embarazada lo he dejado.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

Otra cuestión interesante que vale la pena remarcar es que las presiones que las mujeres reciben para abandonar su consumo no siempre están vinculadas a su propia salud, sino que, en ocasiones, el argumento esgrimido es el mantenimiento de su rol como personas cuidadoras y sostenedoras del entorno familiar. Además, esta idea no sólo aparece como una demanda explícitamente formulada por otras personas, sino que algunas mujeres

también consideran que arriesgar su salud al continuar fumando constituye una irresponsabilidad hacia las funciones de cuidado que tienen asignadas. También en este caso, los sentimientos de culpa y la orientación de la conducta hacia motivaciones externas emergen como características específicas de los procesos de deshabituación en las mujeres.

“Mi ex marino nunca fumó, mi hijo es el que más ahora está a los 16 años y me dice...”tú no te das cuenta de que tienes esto, que está la abuela que te necesita, estoy yo que te necesito, están tus hermanos” porque solo fumamos la mayor que soy yo y el pequeño, los otros tres no, entonces me lanzan esa de la familia, no hace falta que me lo digan, eso me crea ansiedad.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Yo he sido más fumadora cuando he tenido más problemas pero casualidad este año mi padre se ha puesto enfermo, mi marido también y mi madre también...y me entró mucho agobio de pensar que yo podía también caer enferma, ¿y cómo iba a ayudar si yo caigo enferma? Y eso me agobió tanto (...) porque me vi en una situación en la que todos necesitaban de mi ayuda y yo decía “Dios cómo.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

Todos estos datos indican que la dimensión emocional no sólo está estrechamente ligada al consumo de tabaco de las mujeres, sino también a sus procesos de deshabituación. Esta idea queda respaldada por la experiencia de la mayoría de las mujeres entrevistadas en este estudio, pero también por los/as profesionales que trabajan en los programas de deshabituación. La mayoría de estas personas señalan que, efectivamente, las motivaciones de los hombres para abandonar el consumo suelen tener un carácter más racional, mientras que la dimensión emocional es más preponderante en las mujeres. Se identifica, sin embargo, un cierto cambio de tendencia entre los hombres pertenecientes a las generaciones más jóvenes, por debajo de los 40 años, quienes muestran una sensibilidad mayor hacia este tipo de cuestiones. Parece, por lo tanto, esperable que, a medida que los modelos de masculinidad y feminidad se vuelvan más igualitarios, los hombres y las mujeres exhiban comportamientos más similares en este sentido.

“Y otra cosa que tampoco he visto en un hombre es que, en muchos casos, si tu tocas el sistema emocional de una mujer por algo que le afecte de forma importante, dejan de fumar absolutamente (...) eso pasa a un segundo plano absolutamente pero vamos ipso facto. (...) En cambio en los hombres es más difícil trabajar el sistema emocional, es más el racional, pero el emocional es más complicado”. (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“La edad influye, no es lo mismo un tío de 30 años que un tío de 56, yo ahí veo diferencias, los hombres no se abren, están en una reunión y no te hablan, no están acostumbrados, eso es verdad, es que además tienen un hándicap (...) pero ahora los más jóvenes sí que la parte familiar, lo que dices tú de los hijos, yo he visto gente con nosotros, gente joven, de 38, esa banda de edad que tienen hijos pequeños, yo veo ahí un cambio.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

4.4.2. Principales dificultades en el proceso de deshabituación

Mayor temor a las consecuencias negativas del abandono del hábito tabáquico entre las mujeres

Las entrevistas realizadas también corroboran los resultados de otras investigaciones respecto a que las mujeres muestran una mayor ansiedad y preocupación ante la idea de abandonar el consumo de tabaco, tanto en el corto como en el largo plazo. Por un lado, anticipan en mayor medida que los hombres los síntomas propios del proceso de deshabituación y, por otro lado, manifiestan una mayor ansiedad ante la idea de abandonar el consumo de forma definitiva.

“Y me pasa ahora, también, porque digo: vale, tengo que dejar ya, pero ya, ya. O sea... ni una calada en una cena ni nada, porque siempre pecaba ahí. Siempre. Pero, luego, me pongo a pensar y digo: joder, ¿y no voy a fumar nunca más en la vida? Joder, ¿y en verano? ¿Y en las terrazas? Oye, me agobia, es que me agobia.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

“Yo sentía que sin fumar mi vida iba a estar sin alicientes, sin alicientes, triste... y es todo mentira, ¿eh? Yo estoy de acuerdo, es todo mentira, pero yo tenía pánico, yo no quería vivir sin fumar. Y ahora muy bien, porque está todo aquí (señala su cabeza). Es un interruptor. Es clac. Ya está. Pero hay que encontrar el momento, hay que encontrar la forma de darle. Pero eso viene solo... no sé el secreto, no lo sé” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

En el caso de los hombres, sin embargo, la decisión de abandonar el consumo parece producirse de forma menos premeditada y, en general, enfatizan más que las mujeres la importancia de desarrollar estrategias activas para hacer frente a los síntomas de la abstinencia, en lugar de centrar su pensamiento en las dificultades que conlleva gestionarlos. Estos resultados apuntan, una vez más, a las diferencias de género existentes en el manejo del estrés y que muestran, por lo general, un predominio mayor de las estrategias de afrontamiento de tipo pasivo en las mujeres y de tipo activo en los hombres.

“Sí, con Champix, con Zyntabac...con todos lo he dejado, hasta con el hipnotizador. Con todos. Pero he dejado durante un tiempo. Y volvía. Entonces, la conclusión es: primero, antes de tomar cualquier cosa, que es el paso más complicado, más difícil, tienes que estar convencido de que realmente quieres dejar de fumar”. (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación)

Dejando de lado la base biológica que acompaña a estas diferencias entre hombres y mujeres y que ya ha sido brevemente comentada en la revisión bibliográfica, también debe tenerse en cuenta la influencia que ejerce la socialización diferencial de género de los hombres y las mujeres, la cual predispone a cada uno de ellos a adoptar, en mayor o menor medida, el tipo de conducta que esté más acorde con los roles de género adscritos a su sexo.

No debe perderse de vista, sin embargo, que las formas de afrontamiento y manejo del estrés están también estrechamente ligadas a la estructura de personalidad de cada

individuo, lo que supone que presentan una considerable variabilidad también entre las personas pertenecientes al mismo sexo. Así pues, aunque es importante considerar la influencia que la construcción social del género puede tener en las reacciones de las personas a situaciones estresantes, los programas de deshabituación deberían apostar en este punto por mantener un enfoque centrado en la individualización de la intervención que permita a cada persona identificar y hacer frente a sus propias dificultades durante el proceso de abandono.

Menos autoconfianza a la hora de iniciar el proceso de deshabituación entre las mujeres

La autoconfianza es una variable importante a la hora de predecir la probabilidad de éxito durante un intento de abandono. Como ya se ha señalado en la revisión bibliográfica, varios estudios coinciden en señalar que las mujeres fumadoras obtienen puntuaciones más bajas que los hombres en las escalas que miden esta variable, lo que indica que su percepción de autoeficacia es menor de la que experimentan la mayoría de los hombres en el momento de afrontar un proceso de deshabituación. Lo cierto es que en las entrevistas realizadas sólo algunas mujeres han señalado explícitamente que el hecho de sentirse incapaces de alcanzar su objetivo les había supuesto una ansiedad importante o les había llevado a posponer su decisión de abandonar el consumo.

“No empiezas a dejar de fumar, porque no tienes confianza en que lo vas a dejar. Entonces, nunca... Decías: para qué voy a dejar de fumar, ¡si no voy a dejar de fumar! No tenía confianza en mí misma. Y la confianza esa me la dio el grupo. Un poco. A ver, lo más propio eso de decir: coño, si aquí venimos todos a esto, y yo no voy a ser capaz... siempre esa cosa de que te gusta cumplir con lo que se espera de ti.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

“Y en la noche anterior lloré mucho, porque lo que decía ella: a mí me daba mucho miedo pues no hacerlo. Ya que me había puesto... las pastillas valían una pasta. Y ahora cómo... Un proceso... y la noche anterior lloraba... no voy a poder, no voy a poder. Y pude. Y, de hecho, tengo ahora una conclusión... y lo repito, ¿eh? No sé si caeré o no. Pero que, del miedo que tenía, ahora la sensación que tengo es que ha costado menos de lo que yo creía que me iba a costar. O sea, como que ha sido más fácil de lo que yo me esperaba.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

En cualquier caso, tanto la falta de autoconfianza, como la anticipación de las consecuencias negativas del abandono del consumo de tabaco denotan un énfasis reflexivo y proyectivo del pensamiento que parece ser más frecuente entre las mujeres. En este sentido, parece recomendable encarar las intervenciones haciendo énfasis en identificar las propias fortalezas y debilidades, fomentando el autoconocimiento y reforzando la autoconfianza, al tiempo que se enfatiza la importancia de afrontar cada momento del proceso de deshabituación sin anticiparse al siguiente.

Diferencias de género en los cambios de humor: más irritabilidad y ansiedad entre los hombres y una mayor tendencia hacia la tristeza y la depresión en las mujeres

Una de las consecuencias negativas o dificultades experimentadas por las personas durante el proceso de deshabituación y que muestra una clara diferencia en función del género son los cambios de humor. Mientras que varios hombres señalan la irritabilidad y el aumento de la ansiedad como los síntomas más difíciles de gestionar durante un intento de abandono, las mujeres describen más bien sentimientos de tristeza y apatía. No obstante, debe tenerse en cuenta que esta circunstancia no es mayoritaria entre las personas que llevan a cabo un intento de deshabituación, por lo que es probable que esté asociado a determinados perfiles de personas fumadoras que, ya sea por su nivel de dependencia o debido a la mayor predisposición a desarrollar conductas ansiosas y depresivas, presentan este tipo de respuesta durante los periodos de reducción progresiva y abstinencia inicial.

“Discutir, que no aguantas a nadie, que no te aguanta nadie a ti... si no tienes ese momento...a mí, las pastillas me ayudan a eso. Yo estaba convencido de que quería dejar de fumar. Necesita ayuda para esos primeros momentos. Esos tres meses de discusión con mi mujer, con mi familia, con mi entorno...porque yo ya antes lo dejé y es que no me aguantaba... y me compró tabaco mi mujer. Me decía: oye, fuma porque estás insoportable”. (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación)

“He intentado de dejarlo a veces por mi cuenta, pero no duraba mucho la verdad, y además lo pasaba muy mal. A veces no tenía ganas ni de levantarme de la cama, o sea enfrentarme un día sin tabaco, es que no podía. Entonces volvía a fumar”. (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

Lógicamente, esta circunstancia hace a estas personas mucho más vulnerables a una recaída, sobre todo, durante los primeros días y semanas de abstinencia o reducción. En este sentido, parece recomendable identificar de antemano a estas personas con el objetivo de intensificar la intervención o bien establecer un tratamiento farmacológico suplementario o específico que permita un mejor control de los síntomas.

“Nuestra experiencia es que a la hora de dejarlo, no tiene nada que ver, muchas veces, la mujer es más emocional, más hacia la depresión ¿no? la forma de la deshabituación más hacia estar deprimida, triste. (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

La ganancia de peso: una consecuencia que preocupa a ambos sexos pero afecta con mayor intensidad a las mujeres

El aumento de peso durante los procesos de deshabituación tabáquica ha sido identificado por la literatura especializada como un factor que preocupa especialmente a las mujeres, pudiendo llegar, incluso, a frustrar sus intentos de abandono. El análisis cualitativo realizado corrobora esta idea, aunque también muestra que existe una preocupación por parte de los hombres al respecto. La diferencia entre ambos sexos parece ser que, mientras que los hombres asumen este hecho como una circunstancia natural vinculada a la cesación, entre las mujeres la situación puede llegar a generar ansiedad e, incluso, llevar a la persona a tomar la decisión de retomar el consumo. En este sentido, las mujeres más jóvenes y las

mujeres que realizan su primer intento de abandono parecen ser más vulnerables a la influencia de este factor, por lo que conviene tenerlo presente de cara al proceso de deshabituación.

“Fue acabar el máster, dejar de fumar, y cogí unos 3 kilos, que yo estaba mentalizada que podía engordar, porque me había quedado muy delgada (...), pero claro, de repente, 3 kilos en un mes sí me...no sé, me afectó...no me valía la ropa... me notaba que me estaba engordando... y digo, uf... tres kilos en un mes, como siga cada mes, 3 kilos... También me empecé a agobiar. Era algo que yo tenía claro que no quería que me importara el peso. Pero la verdad es que eso también me agobió.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

“Yo también. Yo una vez que estaba dejando de fumar también empecé mucho a fumar pensando en eso, porque había engordado. Ahora esta vez, he engordado y digo, bueno, pues me aguanto.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

“Yo, la única diferencia (que veo en el abandono del consumo de hombres y mujeres) es la que comentaba antes: que las mujeres se preocupan mucho por el peso. Mucho por el peso.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación)

4.4.3. Los contextos y los estímulos asociados a las recaídas

En cuanto a las situaciones que conllevan un mayor riesgo de reemprender el consumo de tabaco, el análisis cualitativo realizado evidencia que tanto los estímulos asociados con el placer como los sentimientos y las experiencias vitales negativas pueden hacer que la persona reinicie el consumo de tabaco, sin que se observen diferencias al respecto entre hombres y mujeres. A diferencia de lo que sucede con los factores de mantenimiento del consumo de tabaco, parece que, en las recaídas, la función estimulante –asociada al placer– y la función ansiolítica –asociada a la gestión de la ansiedad y el estrés– desempeñan un papel similar en ambos sexos. No obstante, si bien es cierto que tanto los hombres como las mujeres señalan haber reiniciado su consumo en respuesta a estímulos positivos y negativos, también existen diferencias en los contextos que tienden a propiciar las recaídas y que deben mencionarse.

Las mujeres parecen más proclives a reanudar el consumo en solitario y los hombres en un contexto social mediado a menudo por el consumo de alcohol

Como era de esperar, las diferencias observadas en las pautas de consumo de tabaco de hombres y mujeres también tienen su reflejo en los contextos que favorecen la reanudación de dicho consumo. Así pues, mientras que las recaídas en contextos sociales donde hay una presencia de personas fumadoras que están consumiendo activamente en ese momento son habituales en ambos sexos, entre las mujeres, además, varias personas han retomado su consumo en solitario en algún momento. Esta circunstancia no ha sido mencionada por ninguno de los hombres entrevistados. Este hecho evidencia la mayor importancia que el consumo de tabaco parece adquirir entre las mujeres como un hábito desarrollado en solitario y, probablemente, más vinculado a una función emotiva y afectiva, que puramente estimulante o placentera.

“Dejé de fumar en su día, estuve cuatro años sin fumar y volví a fumar por una borrachera. Lo típico, un cigarrillo y por no andar pidiendo, compré el tabaco y ya me desperté con el tabaco en la mesilla y...yo he sido fumador compulsivo, dos paquetes largos. (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación)

“Yo tengo más problemas con las recaídas, yo llevo el proceso al cabo de un año, un año y algo y un día se tuerce y recaes, porque no es que recaigo en una cena social que me fumo un cigarro y ya, no, las últimas veces han sido eso, soy yo misma (cuando estoy sola) y entonces entro en una especie de bucle”. (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

Aunque, a priori, podría pensarse que las recaídas que tienen lugar cuando las personas están solas están más asociadas con el manejo de estímulos y sentimientos negativos, los discursos de las personas entrevistadas desmienten esta hipótesis. Así, por ejemplo, entre las mujeres que señalan haber retomado su consumo en solitario, pueden encontrarse personas que atravesaban por una situación vital difícil y personas que identifican, precisamente, la sensación de relajación y bienestar que experimentaban en ese momento como el factor desencadenante de su conducta.

“Yo la recaída aquella que tuve cuando dejé de fumar, era un sábado por la tarde. Llovía. Estaba yo sentada en la cocina de mi casa viendo la lluvia que me gusta mucho. Y nada. Me bajé abajo, que entonces tenía un bar enfrente de casa, me compré un paquete de tabaco. Subí y me fumé un cigarro. (...) Pero, fue eso. No asociado a nada sino que estaba yo en mi casa encantada viendo llover en la cocina sentada con mi tacita de té allí.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación)

También los hombres aluden a sentimientos positivos y negativos cuando analizan las circunstancias que han propiciado un reinicio de su consumo de tabaco siendo, como ya se ha dicho, más habitual que sus recaídas tengan lugar en contextos sociales marcados por la presencia de otras personas fumadoras y el consumo de alcohol. Este hecho también muestra como los hábitos de consumo de las personas fumadoras se corresponden con los estímulos que posteriormente pueden desencadenar una recaída con mayor facilidad. Esto evidencia, a su vez, la importancia de que las personas conozcan las características asociadas a su propio consumo, para poder evitar también y estar más atentas frente a aquellas circunstancias que son especialmente difíciles para ellas.

“A los nueve meses de dejarlo comencé de nuevo a fumar, fue una salida... estaba por Zaragoza...y un cachondeo, pero un cachondeo un poco...un poco chungo. O sea, en vez de tener un cubata, tengo un abrazo, esa noche...y a ver...que no es baladí, ¿eh? Pues seguramente no hubiera cogido el cigarro.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

“Y ya había dejado de fumar una vez...una vez, mes y medio y en unos San Pedros, porque soy de Lasarte, empecé con un cigarro, que me dio un amigo, luego me dio un puro, luego me dio otro cigarro, y al final, terminé comprándome tabaco (...) Y sí, las borracheras que dicen estos, que te encuentras un día pues ya sea porque estás triste, o ya sea porque estás alegre, o porque estás no sé qué...pues vas y caes.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

No obstante, y aunque también en este caso sería necesario contrastar esta hipótesis con nuevos datos, puede pensarse que, dado que el consumo de tabaco de las mujeres está asociado en mayor medida a la función ansiolítica de esta sustancia, los momentos de estrés constituyan situaciones de mayor vulnerabilidad frente a una posible recaída para las mujeres, en comparación con los hombres. Así, varias de las mujeres entrevistadas han mencionado que, efectivamente, han sido más proclives a retomar su consumo de tabaco frente a circunstancias adversas o difíciles, un hecho que ningún hombre ha remarcado de forma específica. Ello puede deberse a la mayor dificultad de los hombres para identificar y expresar estos sentimientos, o bien a la asociación del consumo de tabaco con funciones y estímulos diferentes en el caso de hombres y mujeres.

“Yo he experimentado, desde que he dejado de fumar en estos siete meses, algún problemilla que he tenido, un poco así, un poco fuerte y, de verdad... A ver, no te voy a decir que no se me ha pasado por la cabeza. Se me ha pasado por la cabeza pero he dicho ‘no’. ‘No’. Me daba la media vuelta y digo bueno, pues mira, me pongo a pensar en mi problema. (...) Y lo he llevado un poco decentemente bien. No he recaído”. (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Era un problema más, añadido a lo que ya tengo. Y no, ya me lo he quitado. No quiero volver a caer. (...) Yo, cuando más he pensado en el tabaco, sí que es cierto, ha sido cuando he tenido momentos de estrés. O de problemas. Ahora lo que pienso, para no caer, digo, si estoy afrontando esto sin tabaco, puedo hacerlo sin. O sea, el tabaco, en realidad, no me solucionaba nada.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

En cualquier caso, ambos sexos identifican que, en la medida en que el consumo de tabaco se ha asociado tanto a estímulos positivos como negativos, ambos tipos de circunstancias pueden propiciar un reinicio del consumo, si bien es cierto que, dependiendo del tipo de estímulos con los que la persona haya asociado el tabaco, unas circunstancias serán más difíciles de gestionar que otras.

“En realidad, tú fumas en los buenos momentos, en los malos momentos, en todo momento, con lo cual las recaídas también pueden ser en los buenos momentos y en los malos momentos.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

4.5. Valoración de los programas de prevención y abandono del consumo de tabaco y su análisis desde una perspectiva de género

4.5.1. Diseño e implementación de los programas de prevención del consumo de tabaco

Cuando se analiza la situación actual de los programas de prevención del consumo de tabaco dirigidos a la población adolescente, lo primero que la mayoría de los/as profesionales entrevistados destacan es la reducción del número de programas de este tipo que ha tenido lugar en los últimos años. También señalan que este proceso ha transcurrido paralelo a la proliferación de programas centrados en la prevención del consumo de cannabis, asumiendo que el consumo de tabaco se prevenía también en parte mediante esta vía. Desde una perspectiva de género, cabe preguntarse si teniendo en cuenta que las mujeres consumen cannabis con menor frecuencia e intensidad que sus homólogos masculinos, este cambio de enfoque no ha resultado en un perjuicio para las mujeres adolescentes. Además, tal y como se ha visto en el punto anterior, parecen existir ciertos estereotipos asociados a las mujeres jóvenes fumadoras que sería necesario trabajar dentro de las actuaciones preventivas.

“El tabaco lo trabaja muy poca gente, muy poca gente, se ha dado prioridad a trabajar el cannabis, a trabajar el alcohol, a trabajar otras sustancias, como sustancia muy poca gente. (...) Hay muy pocos talleres de tabaco con adolescentes o con menores o con primaria”. (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“A mí me parece vital hacer hincapié, por ejemplo, en que cada vez hay menos servicios de prevención que trabajan el tabaco”. (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

De hecho, algunas personas consideran que se está desaprovechando la oportunidad para trabajar la estrecha relación que existe entre el consumo de cannabis y el consumo de tabaco y actuar así en la prevención de ambas sustancias simultáneamente. Además, como ya se ha comentado, el hecho de dar prioridad al cannabis sobre el tabaco podría estar suponiendo un perjuicio para las mujeres, quienes consumen esta sustancia en menor medida que los hombres.

“Hay una asociación clarísima entre el consumo de cannabis y el consumo de tabaco y hay, además, una relación inversa, de modo que muy pocos empiezan a fumar cannabis sin haber fumado tabaco y los pocos que hay que no fuman tabaco, pero empiezan a fumar cannabis pasan a fumar tabaco, ¿no? (...) Y yo les digo que la prevención del uso del cannabis se hace a través de la prevención del uso del tabaco. El cannabis se previene previniendo el consumo de tabaco. Sin nombrarlo, sin nombrarlo, porque es la vía, las dos entran por la misma vía, que es “la fumada”. (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

Otras personas, sin embargo, consideran que las actuaciones centradas en la potenciación y el desarrollo de habilidades sociales y de actitudes dirigidas a auto regular el propio consumo y resistir a las presiones grupales sirven para prevenir el consumo de cualquier sustancia, de modo que, estarían influyendo de forma indirecta en la probabilidad de iniciarse en el consumo de tabaco de los/as adolescentes.

“Bueno cuando trabajas factores de riesgo, son factores de riesgo que son asociados a todo, cuando trabajas el tema de autoestima, o cuando trabajas el tema de resistir las presiones de grupo estás trabajando también el tabaco o, por lo menos, las vías iniciales del tabaco, ¿no?” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

En cuanto al análisis de los programas de prevención del consumo de tabaco desde una perspectiva de género, la mayoría de las personas se muestran de acuerdo al afirmar que, en la actualidad, no se está abordando suficientemente la influencia que el género tiene en los contextos de inicio en y en las razones para empezar a consumir tabaco en la adolescencia. Existen, no obstante, diferentes posiciones acerca de las soluciones que cabría adoptar al respecto. Mientras que algunas personas defienden la conveniencia de introducir la perspectiva de género de forma explícita, es decir, diseñando contenidos específicos que visibilicen las diferencias en los factores de riesgo y protección frente al inicio del consumo de chicos y chicas, otras personas consideran que sería suficiente con abordar individualmente la dimensión subjetiva (actitudes, emociones, percepciones, etc.) asociada al consumo de cualquier sustancia, independientemente del sexo de la persona.

“Ahora mismo no sé está haciendo, no se está dando (la intervención con perspectiva de género), se está haciendo un poco para todos y que se adapte cada uno lo mejor que pueda, pero no se está teniendo en cuenta de que hay cosas que no sirven o suceden igual en chicos que en chicas” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“Yo no soy partidario de separar a los chicos y a las chicas en las aulas pero tener un programa un poco distinto para los chicos dentro de ése aula y a las chicas dentro de ése aula, sí.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“Yo creo que si trabajas un poco lo emocional, te individualiza porque cada persona lo ve de una forma distinta y cada género lo ve de una forma diferente, entonces si trabajas así, vas a trabajar un poco de forma diferenciada. Yo creo que hay que trabajar de forma diferenciada: por género, no tengo ninguna duda, vamos.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

En este sentido, varias de las personas entrevistadas han señalado la necesidad de reorientar los programas de prevención de corte más tradicional, ya que parten de una perspectiva biomédica que enfatiza la prevención de los riesgos sobre la salud asociadas al consumo de cualquier sustancia y que constituye un enfoque que se ha mostrado en muchos casos ineficaz, especialmente, entre el público adolescente. Estas personas indican que debería de apostarse por un modelo basado en una concepción positiva de la salud, que enfatice la dimensión psicológica y social que conlleva el consumo de cualquier sustancia.

Desde este planteamiento el objetivo de las intervenciones es siempre empoderar a los/as adolescentes, dándoles herramientas para mejorar sus habilidades sociales y personales, reflexionar sobre su comportamiento y reconocer los sentimientos y emociones asociadas al consumo de cualquier sustancia y a los contextos en los que dicho consumo se produce. Así, este es un modelo orientado a la autorregulación, en lugar de a la evitación de los

comportamientos de riesgo. La experiencia de los/as jóvenes entrevistados corrobora que, efectivamente, la mayoría de las acciones de prevención que han recibido estaban orientadas a enfatizar los riesgos sobre la salud y las consecuencias negativas asociadas al consumo de tabaco.

“Yo lo negativo lo eliminaría, eso, no sirve. Los americanos han demostrado que la técnica del miedo no funciona (...) o les hablas desde el lenguaje emocional o no te entienden, o sea, yo a los padres les digo eso, ¿les habláis desde los sentimientos?, ¿no?, entonces no te entienden”. (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“Yo lo único que recuerdo (es que me dijeran) fumar mata, fumar mata, fumar es malo.” (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

“En el colegio, además, con esas charlas que te traían incluso pulmones y te decían: esto es un pulmón sano y esto es un pulmón de fumador. Y estaba todo asqueroso...”. (Grupo de hombres jóvenes fumadores).

Finalmente, una tercera cuestión que debe tenerse en cuenta a la hora de aplicar la perspectiva de género a las actuaciones de prevención del consumo de tabaco y otras sustancias entre la población adolescentes es el carácter marcadamente local de la subcultura adolescente. Este hecho hace que pequeños cambios en el contexto geográfico y sociodemográfico en el que viven los/as jóvenes puedan dar lugar a cambios importantes en las pautas de consumo, ya sea en comparación con otros grupos de jóvenes, como en las diferencias observadas entre los hombres y las mujeres pertenecientes a ese mismo grupo. En este sentido, varias de las personas consultadas remarcan la necesidad de adoptar una perspectiva local en el diseño e implementación de los programas de prevención, pues no sólo la prevalencia y la intensidad de los consumos, sino también los contextos de inicio y los factores de riesgo que se asocian a los mismos pueden variar de forma muy significativa de una localidad a otra, así como entre distintos segmentos sociodemográficos dentro de una misma localidad.

“Pero ahí, lo que yo creo que hay que hacer es trabajar por zonas y ver en cada zona lo que sale (de prevalencia e intensidad de consumo) y ver cuáles son los factores de riesgo y protección típicos de dicha zona.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

4.5.2. Diseño e implementación de los programas de deshabituación tabáquica

Respecto al análisis de los programas de deshabituación tabáquica desde una perspectiva de género, en las entrevistas realizadas se han planteado tres tipos de cuestiones. La primera hace referencia al contenido de los programas y, en este sentido, las personas consultadas han señalado la importancia de considerar la mayor importancia de la dimensión o el sentido emocional ligado al consumo de tabaco en el caso de las mujeres. La segunda cuestión ha girado en torno a la conveniencia de ofertar programas exclusivamente dirigidos a las mujeres o sí, por el contrario, resultaría más adecuado incorporar la perspectiva de género de forma transversal dentro de programas de deshabituación dirigidos a ambos sexos. En tercer lugar, se ha aludido a la importancia de potenciar la paternidad como un momento

vital y una fuente de motivación importante para promover el abandono del consumo entre los hombres.

A continuación, se resumen las principales ideas mencionadas en torno a cada uno de estos temas.

En cuanto a los contenidos de los programas de deshabituación, existe un acuerdo considerable a la hora de señalar que determinados aspectos asociados al consumo de tabaco y a las vivencias durante los procesos de deshabituación deben trabajarse de forma específica con las mujeres. Este es, por ejemplo, el caso del mayor estrés derivado de la asunción de responsabilidades de cuidado de personas dependientes y trabajo doméstico en el hogar, la búsqueda de un espacio para sí mismas a través del consumo de tabaco, o los sentimientos de culpa que muchas mujeres generan debido a su consumo. Todos estos factores, que ya han sido mencionados en apartados anteriores pueden retrasar y obstaculizar los procesos de deshabituación de las mujeres y, en este sentido, deberían ser tenidos en cuenta en el marco de los programas de deshabituación.

“Las mujeres justifican más el hecho de fumar, pues eso un poco para controlar el estrés, esa tensión, ese, igual los hombres no lo justifican de ninguna manera ¿no? Pues bueno, es un consumo y la mujer te suele decir que no es un buen momento, que si la sobrecarga en casa, que fuera de casa, que conciliación de la vida familiar y tal, siempre produce más tensión, más estrés en las mujeres.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“En las mujeres que han asociado el consumo de tabaco a ese momento de placer, que no es debido al tabaco, sino al espacio para ellas, de relax. Yo les digo que a ese espacio se le ha metido un parasito que se llama cigarro, que les hace creer que es necesario y digo, si tú puedes seguir teniendo lo mismo (el espacio para ti misma), lo que tienes que quitar es ese parásito. Eso, por ejemplo, nunca lo he visto en un hombre.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“Y la culpa la tienen las mujeres porque lo han mamado desde que han nacido, y en este sistema heteropatriarcal o como digan ahora, pues lo normal es que tengamos culpa por todo las mujeres y los hombres no tengan culpa por nada. Entonces en los hombres que fuman, desde luego, para la deshabituación no habrá que utilizar la parte emocional, quiero decir, habrá que utilizar más la parte cognitiva.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

Aspectos como la mayor anticipación de las consecuencias negativas del abandono y la mayor ansiedad que las mujeres experimentan antes de decidirse a cesar el consumo de tabaco son también cuestiones que considerarse en el caso de las pacientes de sexo femenino. En definitiva, se trataría de tener en cuenta todas las diferencias de género con relación a los procesos de abandono que se han descrito a lo largo de este capítulo y, de forma general, en este informe. Finalmente, algunas personas consideran que, independientemente del sexo de la persona, los programas de deshabituación deberían de complementar el enfoque cognitivo-conductual que actualmente los orienta con un mayor énfasis en la dimensión emocional y motivacional ligada al consumo de tabaco. Esta característica ha demostrado ser un obstáculo importante de cara a iniciar procesos de

deshabitación o tener éxito en los mismos y, tal y como se expone en el siguiente apartado, esta es una de las principales insuficiencias que se identifican en los programas de deshabituación ofertados desde Osakidetza.

“Quizás una de las diferencias que yo hago respecto a la deshabituación que hace Osakidetza, el estándar que hace Osakidetza, yo lo que digo es que nosotros lo hacemos a través de la gestión emocional, también para hombres, yo jamás digo una sola palabra negativa del tabaco, nunca. (...) Se puede utilizar la misma metodología con ambos sexos, porque la emoción es igual, aunque cada uno lo puede ver de una forma (...). Yo ahora, por ejemplo, estoy metiéndome con las creencias. ¿Qué pasa, por ejemplo, con los que no consigo que dejen de fumar? Eso se debe a las creencias y ahí intento cambiar las gafas y ver si intentamos trabajar sobre todo las creencias limitantes. Eso tiene que ver con las emociones y las motivaciones”. (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

Una segunda cuestión que también se ha planteado es si la inclusión de la perspectiva de género en estos programas debe hacerse a través de la creación de programas específicos para mujeres o si la ésta puede implementarse de forma transversal en el marco de programas orientados a un público mixto. Tal y como ya se ha comentado en la revisión bibliográfica, la literatura especializada no muestra que haya evidencias de que los programas dirigidos exclusivamente a mujeres tengan mayor efectividad que otras formas de provisión. No obstante, debe tenerse en cuenta que la falta de grupos de control en muchas de las investigaciones revisadas y las pocas experiencias existentes son dos factores que dificultan la obtención de resultados concluyentes al respecto. La mayoría de los/as profesionales que trabajan en este ámbito se muestran más partidarios de apostar por una individualización de las intervenciones en el marco de programas dirigidos a un público mixto e incorporar la perspectiva de género de forma transversal.

Además, se llama la atención sobre las diferencias existentes entre las propias mujeres (edad, situación familiar, estatus socioeconómico, etc.) y la diversidad que ello conlleva, identificándose el riesgo de estereotipar las intervenciones con el objetivo de adaptarlas a un determinado perfil de mujer fumadora. En este sentido, otros factores como el tipo de fumador/a o algunas dificultades específicas para abandonar el consumo de tabaco (trastornos psiquiátricos, alto nivel de dependencia, compulsividad, embarazo, etc.) se consideran variables más importantes que el sexo de las personas que deberían de priorizarse a la hora de diseñar y ofertar programas específicos dirigidos a determinados perfiles de personas usuarias.

“Si utilizas un abordaje psicológico lo que haces es individualizar la atención. Evidentemente, cada vez que tienes a una persona, estás tratando a esa persona, sea hombre o mujer, su necesidad es la suya. Entonces, yo entiendo que sí separas por género, tampoco es la solución, porque no es lo mismo una chica de 35 años que una mujer de 75, es decir, que no tiene nada que ver.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

Sin embargo, algunas personas también han señalado las ventajas que implica trabajar con grupos no mixtos destacando, sobre todo, la mayor facilidad comunicativa y de interacción que se observa entre personas del mismo sexo y también la mayor facilidad para hacer emerger algunas temáticas que pueden quedar silenciadas o invisibilizadas dentro de los

grupos mixtos. Finalmente, se han mencionado los programas exclusivamente dirigidos a mujeres para tratar los problemas de sobrepeso y el consumo continuado de psicofármacos como dos referentes implementados con éxito en el ámbito sanitario durante los últimos años.

En cuanto a las personas usuarias, éstas afirman sentirse más cómodas dentro de grupos mixtos y lo cierto es que no se ha identificado una demanda dirigida a la creación de grupos exclusivamente compuestos por mujeres fumadoras. De hecho, entre las mujeres de mayor edad existe una importante reticencia ante la idea de separar a las personas usuarias en función de su sexo, asociando este planteamiento con ideas segregacionistas que históricamente han sido utilizadas para justificar las desigualdades entre hombres y mujeres en base a sus diferencias.

“Yo creo que (la diversidad) enriquece pero tiene mucha razón, yo solo trabajo con mujeres pero los grupos de preparación maternal y se invita a los maridos y casualmente (...) cuando coinciden todo mujeres se abren mucho más, en muchos temas, postparto, crianza, lo que dirán suegros, padres, ahí intervienen más.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“Hay una experiencia de programas exclusivamente para mujeres, que nosotros hicimos en Santurce y se ha hecho también en otros sitios, para trabajar el tema de mujeres y psicofármacos (...) Hemos hecho una experiencia también con mujeres con obesidad y (las participantes) exclusivamente eran mujeres con un problema de sobrepeso y trabajábamos factores nutricionales, factores sanitarios, factores psicológicos y funcionaban extraordinariamente bien.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“A mí que ahora empiecen, o sea, voy a hablar yo de tiempos remotos: ¿las niñas y los niños? ¡Anda, por favor! Ya hemos pasado esas etapas.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

La tercera cuestión relevante abordada con relación a la incorporación de la perspectiva de género en la promoción del abandono del hábito tabáquico ha sido la necesidad de enfatizar en mayor medida la paternidad como un momento vital clave para el cese del consumo en los hombres fumadores. Esto es así, al menos, por dos razones.

En primer lugar, existe la percepción de que, si bien es cierto que la implicación de los hombres en el embarazo de sus parejas ha aumentado en los últimos años, el abandono del consumo de tabaco es visto todavía como una responsabilidad exclusiva de la madre por muchos hombres. Obviamente, el hecho de que sus parejas continúen fumando durante el embarazo dificulta y desmotiva el mantenimiento de la abstinencia entre las mujeres embarazadas, haciendo que, a veces, opten por la reducción del consumo y no por el cese definitivo del consumo. Finalmente, si ambos miembros de la pareja no abandonan el consumo tampoco se logra el objetivo de que la crianza del/ de la menor tenga lugar en un entorno no fumador.

“Algunos padres se conciencian, pero otros, es como que el tema no va con ellos, es que el niño lo llevas tú. Y, a veces, vienen a consulta los dos y, si igual me lo han comentado, porque, ya te digo, no es un tema que yo trate, pero me dice ella, voy a reducir un montón a ver si quito porque claro (...) Y algunos hombres te miran como, bueno, sí, pues igual hago algo, pero otros es como, bueno yo fumo fuera y que lo deje ella que es la que lleva la gestación. Entonces, ahí sí que habría que trabajar con ellos también.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

Algunas personas apuntan a que debería promoverse el abandono del consumo entre las parejas fumadoras que piensan tener hijos/as a corto o medio plazo, identificando no sólo a la mujer gestante como objeto de esa decisión, sino a ambos progenitores, en tanto que responsables de la crianza y el desarrollo del futuro menor.

En segundo lugar, se indica que para las personas que no han tomado antes esta decisión el momento del embarazo es ya un momento de estrés en el que es más difícil plantear el abandono del consumo, aunque es posible y debería de hacerse. Tanto las personas usuarias como los/as profesionales de la salud llaman la atención sobre la baja participación de las personas jóvenes –de entre 30 y 40 años– en los programas de deshabituación. Finalmente, se identifica que la figura de la matrona, una profesional que brinda una atención continuada y de proximidad a las personas desde el sistema sanitario durante el embarazo, podría tener una mayor implicación en la promoción del abandono del hábito tabáquico entre las mujeres embarazadas y sus parejas. Sin embargo, para cumplir con esta función precisarían de formación específica y recursos a los que poder derivar a las personas interesadas en hacer un intento de abandono.

“Yo se lo ofrecería como Osakidetza eh, yo le ofrecería a los futuros padres y madres, ¿vas a querer tener un hijo en un futuro corto? En un tiempo de un año, año y medio, deja de fumar. Te ofrezco un servicio para que dejes de fumar antes de quedarte embarazado, tanto a él como ella, y yo se lo ofrecería antes, no en el momento del embarazo, que ya sí, es un momento de tensión ¿no? Entonces, hay que actuar antes.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“A mí me llamó la atención que cuando yo hice el tratamiento de deshabituación, al menos, la media de edad era bastante alta. (...) yo creo que habría que captar gente más joven, porque esos son los que también deberían dejar de fumar. Para mí sería súper importante captar gente que esté en la treintena porque, a ver, yo he tenido dos embarazos fumando los dos. Y les he dado la teta y fumaba, entonces, también captar a esas mujeres...no sé, un poco también desde la juventud (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“En esto no sé si estoy equivocada, pero en su día también me dijeron que no es el momento de meterlas en un curso de deshabituación (a las mujeres embarazadas). Entonces, yo, como matrona les doy el consejo y nada más. Pero es que eso me comentaron y la verdad es que yo tampoco no he indagado más.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

4.5.3. Valoración del programa de deshabituación tabáquica de Osakidetza

En cuanto a la valoración de los programas de deshabituación tabáquica que se ofertan desde Osakidetza, en este apartado se recogen algunas ideas extraídas de las entrevistas realizadas y que se consideran de interés para los objetivos de esta investigación. No obstante, debe tenerse en cuenta que no aluden específicamente a un análisis de género, ya que, no se han hallado diferencias en las opiniones que los hombres y las mujeres participantes en los programas tienen al respecto. De hecho, el análisis que sigue tiene como objetivo señalar las principales fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora identificadas por las personas entrevistadas con relación a la oferta brindada desde Osakidetza en los programas de deshabituación tabáquica. En cuanto al contenido de este apartado, en primer lugar, se analizan cuestiones relativas al modelo de atención y el formato de los programas ofertados. En segundo lugar, se apuntan algunos aspectos clave para mejorar la calidad de la atención brindada y, por último, se mencionan determinados perfiles de personas usuarias para los cuales se considera que la oferta actual no es adecuada y precisarían de intervenciones específicas capaces de responder adecuadamente a las dificultades que estas personas experimentan durante un proceso de deshabituación.

Por lo que respecta al modelo de atención, los programas de Osakidetza cuentan con una oferta estandarizada que es homogénea para el conjunto del sistema y que estructura los programas de deshabituación en cinco sesiones distribuidas a lo largo de un mes y tres semanas. Las cuatro primeras sesiones tienen lugar semanalmente. Las tres primeras sesiones están orientadas a que la persona reduzca el consumo de forma progresiva, hasta abandonarlo definitivamente tras la tercera sesión, es decir, quince días después de que comenzara la intervención. La cuarta sesión tiene lugar una semana después de haber abandonado el consumo y su objetivo es apoyar a las personas en el manejo de los síntomas del síndrome de abstinencia. Finalmente, la quinta y última sesión tiene lugar un mes después y su principal objetivo es reforzar la abstinencia en las personas que la mantienen y analizar los motivos de las recaídas en caso de que se hayan producido en las personas que no han logrado mantener la abstinencia de forma continuada. Una vez finalizado el programa, además, se hacen seguimientos telefónicos por parte del personal de Osakidetza a los dos meses, a los seis meses y al cabo de un año.

Teniendo en cuenta esta estructura, el primer aspecto que varias personas señalan es que el número de sesiones resulta insuficiente y que sería necesario ofrecer, al menos, tres sesiones más en cada uno de los grupos de intervención, situando algunos/as de los/as profesionales consultados el número ideal de sesiones en torno a diez. Las personas participantes en los programas también se muestran de acuerdo con esta idea y aunque no llegan a precisar un número exacto de sesiones o un momento concreto del proceso de deshabituación en el que hubieran necesitado una mayor intensidad de la intervención, se observa que existe un considerable consenso al señalar al grupo como una fuente de apoyo y motivación durante el proceso y que serían necesario mantener durante más tiempo.

“Un poquito más amplio sí debería de ser y yo creo que se debería continuar, porque eso te va a ayudar. O sea, la experiencia de otra persona y la motivación de otra persona siempre te ayuda. (...) Yo, la experiencia que tengo, hicimos piña, hicimos un grupo de WhatsApp, y luego, después de las reuniones, quedábamos, tomábamos algo, salíamos, hacíamos comidas. Después, terminó esto y seguíamos viéndonos. Yo creo que 5 o 6 meses ya estuvimos. Es más, hubo gente que durante el cursillo no dejó de fumar, y esos

son los que han conseguido dejar de fumar.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

“Para mí, este curso que hacen, se queda corto, pero muy corto. Porque mira, cuando vienes al grupo, que estás a lo mejor desanimado... pues te motiva. Unos con otros. Conoces el estado de uno, del otro y te apoyas.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Yo creo que sí es corto, porque, por ejemplo, en los grupos estos de tabaco, ¿por qué hay tantas recaídas a los 2 o 3 meses? ¿Es porque se deshace el grupo?” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

Además, más allá de la duración del programa, también se identifican dos aspectos más que deberían mejorarse dentro del modelo de atención. El primero es, como ya se ha dicho, incorporar técnicas o enfoques basados en la gestión emocional, el *coaching* y el entrenamiento motivacional en el marco de las intervenciones. El objetivo de estas técnicas es dotar a las personas usuarias de herramientas para comprender mejor los procesos emocionales y motivacionales que subyacen a su adicción y a la dificultad de abandonarla. No obstante, tal y como se expone más adelante, la introducción de estos cambios precisan dotar a los/as profesionales de formación específica o bien liberar un mayor número de horas de trabajo para la preparación de las sesiones y permitir que los/as profesionales tengan tiempo y motivación suficiente para la autoformación. El tercer y último cambio que se menciona es la necesidad de complementar la prestación de servicios de deshabituación con una perspectiva psicosocial que potencie el trabajo en red con otros agentes del territorio, es decir, del municipio donde se ubica cada centro de atención primaria, con el objetivo de elaborar diagnósticos, fomentar la captación y derivación de pacientes a los programas y, en definitiva, promover la deshabituación tabáquica en el conjunto de la población residente.

“Yo, la entrevista motivacional, estoy deseando saber más de esto. Tal y como va la sociedad necesitamos más conocimientos de esas áreas, que se nos escapan y los fumadores que quedan, muchos, son fumadores que te dan muchos problemas, ¿no?, que son raros. Y yo no tengo conocimiento de cómo atender a esas personas.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

“Yo creo que tendría que hacer tres cambios, para mí, tres cambios. Un cambio tiene que ser en el modelo de trabajar, eso significa formar a profesionales en esos modelos, en el modelo emocional o en el modelo que se pueda trabajar más efectivo que lo están haciendo. Evidentemente, aumentar o dejar margen para que cada uno pueda hacer más sesiones si lo considera necesario y, el tercero, el último, sería lo que es psicosocial, ahora se está haciendo en diagnósticos psicosociales para trabajo en red, colaborar con ayuntamientos, con servicios de prevención de forma coordinada.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

En cuanto al formato en el que se proveen las intervenciones, los programas tienen una naturaleza presencial y cuentan con dos tipos de modalidades: individual y grupal. Las personas usuarias no han señalado diferencias en la calidad de ambas intervenciones, pero

en la mayoría de los casos sí han señalado que el grupo constituye una importante fuente de aprendizaje y apoyo mutuo, mostrando, de hecho, preferencia por este tipo de intervención. La posibilidad de conocer la experiencia de otras personas, compartir vivencias y experiencias en torno a la historia de consumo y el proceso de abandono se considera una cosa muy positiva por la mayoría de las personas entrevistadas, por lo que, los resultados de este estudio apuntan a la conveniencia de favorecer las intervenciones grupales sobre las individuales.

No obstante, debe tenerse en cuenta que cuando las personas no pueden asistir al programa grupal por incompatibilidad horaria, por ejemplo, sí valoran como algo positivo la alternativa de acudir al programa individual, de modo que, también se identifica la necesidad de mantener este tipo de intervención. Finalmente, algunas personas han señalado que el uso de las redes sociales y las aplicaciones de móvil como herramientas para acompañar y dar seguimiento a los procesos de deshabituación también debería considerarse como una forma de mejorar la atención y poder responder tal vez a las demandas de una mayor continuidad en la atención que se identifican por parte de las personas usuarias. A este respecto, se ha mencionado una experiencia piloto que actualmente está desarrollándose en algunas zonas del Territorio Histórico de Álava.

“A mí lo que más me sirvió fue la experiencia de la gente. Porque como cuentan: “yo estuve 15 años y caí, yo estuve 7 y caí... pues claro, tú, entonces, les escuchas y dices: bueno, pues habrá que escucharles, porque ellos han caído más veces y ahora hay que tener cuidado con...e intentar estar ahí un poco más alerta.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Yo creo que la terapia de grupo te ayuda en el sentido de que te sientes identificada con la gente; y también en el sentido de que no me quiero fallar yo pero tampoco quiero fallarle los demás.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Yo, pues, no sé, nos veíamos en la calle con la gente del grupo y hacía así: ¡eh! ¡Llevo dos meses!” Y a mí me motivaba, decía: joder, me cago en la leche...luego que te llamaran también, la Arantxa, pues también es un apoyo. Y luego, tener que ir dentro de quince días y decir: joder, pues es que he vuelto a fumar. Yo cuando veía iban cayendo otros...te vas motivando también. O sea, en cierta manera...es cruel...pero es así.” (Grupo de hombres en tratamiento de deshabituación).

Finalmente, cuando se pregunta a las personas cuáles son los contenidos o las técnicas adquiridas durante su participación en el programa de deshabituación y que les habían resultado más útiles para afrontar el abandono del consumo, la mayoría de las personas coinciden en señalar el autorregistro como una herramienta muy útil para comprender mejor su adicción e identificar, por un lado, el automatismo asociado a muchos de los cigarrillos que consumen, pero también los contextos y los estímulos que potencian o reducen la intensidad de su consumo. También se han mencionado las técnicas de relajación como herramientas que facilitan mucho el manejo del síndrome de abstinencia, sin que exista, sin embargo, un consenso similar al existente en el primer caso.

“Yo aprendí... me pareció que estaba muy bien cuando te hacen apuntar todos los cigarros que te fumas al día. Que siempre se te va alguno, ¿eh? Pero luego los ves, de varios días y dices: uy, muy significativo eso, todos iguales, me sorprende...no me lo esperaba, no sabía, no.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“También me chocó mucho lo de contar los cigarros, porque, en la casa de cultura no hicimos eso. Ahí aprendí, me di cuenta de cuánto fumaba. Nunca había visto eso. Es que no lo había visto. Yo fumaba y ya está. Pero ahí me di cuenta de... pues... no puede ser que cuando llegué a casa, cuando tal, cuando cual... O sea, que eran como muy matemáticos, todos, ¿no? Y ahí empecé a cortar {por lo sano}. Ahí hice reducción.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

“Las técnicas, también, nosotros, de respirar... Que yo ni sabía que cuando cogías aire se metía para adentro... O sea, era como de: ¿perdona? que dura un segundito, que es un momento el de: quiero fumar. Y, bueno, a mí sí me funcionó... A ver, que tiene que salir, que tiene que entrar... Simplemente pensar cómo respirar ya se te iba el momentito ese, esa ansiedad de fumar.” (Grupo de mujeres en tratamiento de deshabituación).

Además de los contenidos y la orientación de los programas, existen dos factores adicionales que sería necesario abordar para mejorar la calidad de los programas. En primer lugar, los/as profesionales que trabajan en este ámbito identifican la necesidad de mejorar su formación, especialmente en el trabajo con los pacientes más difíciles o fumadores recalcitrantes, los cuales tienen numerosas creencias limitantes, una baja sensación de autoeficacia y escasa motivación para el cambio, tres factores que frustran de forma reiterada sus intentos de abandono.

Aunque existen distintos enfoques respecto a la atención que deben recibir estas personas – algunas entidades condicionan el acceso a los programas de deshabituación a la obtención de una puntuación mínima en el Test de Richmond, dirigido a medir la motivación para dejar de fumar de las personas–, en la medida en que el protocolo de atención de Osakidetza no establece ningún requisito para participar en los programas de deshabituación debe asumirse que este perfil accederá en algún momento a los mismos, debiendo dotarse al personal de los servicios de las herramientas, recursos y conocimientos suficientes para hacer frente a las dificultades que conlleva su atención. Las técnicas psicológicas y, en este sentido, el abordaje de las dimensiones cognitiva, emocional y motivacional asociadas al consumo de tabaco son las áreas en las que las personas entrevistadas identifican de forma más clara la necesidad de mejorar su formación. De hecho, cabe preguntarse si no sería más adecuado que los programas de deshabituación estuvieran dinamizados por un equipo mixto compuesto no sólo por profesionales sanitarios, sino también por la figura de un/a psicólogo/a que pueda abordar estos aspectos de la intervención.

“Mira, la formación, yo he ido a la grupal y me ha parecido fantástica, de verdad, pero (...) luego tú te ves con el paciente tú solo, ves la carencia. Pero yo lo que he dicho, sólo soy enfermera, al final, hay cosas de las que sé que no tengo conocimientos.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

Por otro lado, un tema indirectamente relacionado con la formación de los/as profesionales que imparten los programas de deshabituación de Osakidetza es la previsión de pocas horas de dedicación de estos/as profesionales/as para la preparación de las sesiones y la dinamización de los grupos. En este sentido, las personas que trabajan en estos programas consideran necesario incrementar las horas de dedicación de los/as profesionales para el desarrollo de esta actividad, ya que, de otro modo, tiene lugar un descenso en la calidad del servicio. Además, más allá de esta cuestión también se identifica que existe un cierto grado de discrecionalidad en cuanto a la oferta de este tipo de programas desde los distintos centros de salud del territorio. Es decir, en la medida en que los programas de deshabituación no constituyen un servicio de prestación obligatoria del Sistema Vasco de Salud, se abre la puerta a la aparición de desigualdades territoriales en la oferta de este servicio y parece que se genera también un cierto recelo entre equipos pertenecientes a centros próximos y que pueden acabar absorbiendo la demanda procedente de un centro de atención primaria que haya decidido no ofrecer esta prestación.

“Porque Osakidetza no calcula, no calcula, se quedan en las ramas, pero el trabajador de abajo, si sabe que sería más rentable potenciar la grupal. Bien es cierto que tardas en prepararla y esas horas hay que tenerlas en cuenta, pero luego, atiendes a más personas. Porque si la metes en una consulta individual, o sea, no la haces (la intervención), porque si sólo con que vayan al curso nueve personas, imagínate en una consulta, eso es un desastre.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica)

“Otra cosa es que hay una dicotomía entre los jefes y la gente que realmente estamos interesados en el tema sin sacar nada y que vamos por ese camino, ¿qué te interesa? Te miras tus cosas, de lo emocional, de todo, te coges tú, con tus conocimientos y te lo miras todo.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica)

“Nosotros cumplíamos con la oferta de dos (cursos de deshabituación) al año y la pelea, que claro, eso ya son cosas de organización, pero pues oye, si nosotras hacemos uno, ¿por qué vosotras no?. Y, al final, hay en sitios, la gente está preparada, formada, pero como es, a veces, pues un trabajo extra, pues al final no se hace.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica)

Un tercer punto que emerge con relación a la valoración de los programas de deshabituación es si éstos logran responder a las necesidades de todos los perfiles de personas usuarias. En este sentido, se han identificado, sobre todo, dos tipos de perfiles que precisan una atención más específica o de mayor intensidad que la que se ofrece actualmente. El primer tipo de perfil ya ha sido mencionado y se trata de las personas fumadoras que, pese a tener un bajo nivel de motivación y una baja sensación de autoeficacia, deciden participar en los programas de deshabituación. Por lo que ha podido comprobarse en las entrevistas realizadas este perfil, además, tiene a menudo otros problemas de salud añadidos, muchas veces de carácter crónico, para los cuales el tabaquismo constituye una complicación más. La atención y el trabajo más intenso que requiere este tipo de pacientes, junto con la falta de herramientas que los/as profesionales perciben que tienen para abordar estos casos, dan lugar a que estas personas sean, a veces, derivadas a la consulta individual o bien decidan abandonar el programa por sí mismos debido a la baja eficacia que tiene para ellos/as.

“Solemos ser bastantes (en los grupos de deshabituación) y si vemos que una persona está boicoteando y, además, lo hace en todas las reuniones, “uy pues he fumado y ay a lo que me supo...” ¿entiendes? entonces desaniman, si tira del grupo para abajo, en la siguiente, o sea cuando se sale de esa reunión le decimos que se quede y le ofrecemos individual, le largamos del grupo porque, si no, es que te destroza el trabajo.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica)

“Nosotros por ejemplo le ofrecemos individual, tal y cual. Y otra cosa que se nos ocurrió es que, con estos recalcitrantes y además negativos y tal, pues hacer un grupo, pero para esto también hay que tener fuerzas, fuerzas eh, y fuerzas y fuerzas, y claro como está la cosa ya sabéis en Osakidetza pues tampoco era plan. Pero eso se nos ocurrió porque hay varios hombres y alguna mujer en esta situación.” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica)

El segundo perfil mencionado han sido los pacientes psiquiátricos, para los cuales se considera que deberían ofertarse programas específicos en coordinación con los servicios de salud mental, dado que la interacción entre los síntomas del síndrome de abstinencia y la medicación utilizada para el manejo de la enfermedad puede, por un lado, exigir ajustes en la medicación y, por otro lado, tener una influencia más importante en el comportamiento de la persona durante las primeras semanas de abstinencia.

“Los pacientes psiquiátricos deberían tener un tratamiento diferente. Son gente con dificultades añadidas, porque date cuenta que el tabaco les sirve de modulador de su química cerebral, entonces, te quiero decir que ellos, si dejan de fumar, es como los diabéticos, la insulina va a empezar a dispararse y con los psiquiátricos pasa lo mismo. O sea que hay que decirles, vete a tu psiquiatra que te mida un poquito y te regule la medicación porque se va a disparar, se va a disparar por todos los lados” (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica)

Finalmente, más allá de perfiles específicos y desde un punto de vista estratégico, se ha señalado que, a medida que los niveles de consumo de tabaco se reduzcan globalmente en nuestro contexto, las desigualdades sociales asociadas a dicho consumo van a incrementarse. Esto, a su vez, puede suponer que el perfil de las personas que participan en los programas de deshabituación sea cada vez más complicado, en el sentido de que sean personas con otro tipo de dificultades sociales añadidas y para las cuales los procesos de deshabituación deban tener un abordaje más integral y ofrecer una mayor intensidad en la atención.

“Cada vez está disminuyendo más la gente que está fumando, es decir las tasas de fumar están disminuyendo claramente (...) y se van a quedar fumando los asociados a las “P”, es decir, que sólo van a fumar los que están asociados a la letra P: presos, pobres, prostitutas, psiquiátricos y bueno aquí añadimos los de pringaos, porque entran muchos jóvenes...entonces, todavía queda recorrido y en ese recorrido va quedando gente que es complicada y esa gente complicada necesita más intensidad de atención”. (Grupo de profesionales de la salud y expertos/as en programas de prevención y deshabituación tabáquica).

4.6. Conclusiones

El análisis cualitativo realizado en este capítulo permite confirmar muchas de las diferencias en los procesos de inicio, mantenimiento y abandono del consumo de tabaco de hombres y mujeres a las que ya apuntaba la revisión bibliográfica. Además, complementa algunas de estas ideas con información específica para el contexto de Euskadi, a partir de la percepción de tres tipos de agentes informantes: los y las jóvenes que están en disposición de iniciarse en el consumo de tabaco, las personas que participan o han participado en programas de deshabituación tabáquica y las personas profesionales que trabajan en programas de prevención o tratamiento en el entorno de la CAPV.

Se recogen a continuación las principales conclusiones del análisis realizado, en lo que se refiere a las diferencias de género en relación al inicio en el consumo de tabaco, el mantenimiento del hábito y los procesos de abandono del consumo.

a) Diferencias de género en relación al inicio en el consumo de tabaco

Por lo que respecta al inicio del consumo de tabaco, los testimonios recogidos apuntan a que parece darse a una edad más temprana entre las mujeres jóvenes, quienes reciben más estímulos de su entorno para iniciarse en el consumo de esta sustancia. Esta impresión, en cualquier caso, no coincide con los datos recogidos a través de las estadísticas epidemiológicas. En todo caso, sí existen diferencias importantes entre hombres y mujeres en lo que se refiere a las razones que llevan a esos primeros consumos:

- Mientras el inicio del consumo en las mujeres jóvenes parece con frecuencia propiciado por otras mujeres de una edad muy próxima a la suya y que pertenecen a su entorno cercano, en el caso de los hombres resulta más habitual que sean personas desconocidas o simples conocidos/as quienes les faciliten el primer cigarrillo.
- En cuanto a los motivos que llevan a chicas y chicos a iniciarse en el consumo de esta sustancia, la curiosidad, la normalización social del consumo y la baja percepción del riesgo son razones comunes a ambos sexos. Entre las mujeres, sin embargo, resulta más habitual identificar el consumo con una actitud rebelde, disconforme y rupturista con relación a una imagen de feminidad asociada con los valores de género tradicionales, mientras que entre los hombres resulta más frecuente el deseo de aceptación e integración social dentro del grupo de iguales.
- En efecto, entre los chicos parece existir un cierto consenso a la hora de identificar que el consumo de tabaco –y de cannabis– tiene lugar en un contexto marcado por la presión social y la necesidad de aceptación grupal, actuando el tabaco como un facilitador de las relaciones o, incluso, un medio o condición para llegar a formar parte del grupo y ser aceptado como uno más. En el caso de las mujeres, sin embargo, parece más habitual que éstas identifiquen el consumo de tabaco como una conducta de autoafirmación y, concretamente, como símbolo de desobediencia y rebeldía. Además, en algunos casos, resulta evidente la asociación directa que las chicas adolescentes hacen entre el hecho de ser mujer y la actitud de sumisión que se les supone como mujeres como una motivación más para romper con esa conducta esperada. Esto muestra que, aunque con menor intensidad que entre las mujeres adultas, la asociación que la industria tabaquera ha establecido durante décadas entre

el consumo de tabaco femenino y la liberación de la mujer de los roles tradicionales de género, aún persiste en las generaciones más jóvenes.

b) Diferencias de género en relación a las pautas de consumo y al significado del consumo de tabaco

También son evidentes las diferencias de género en lo que se refiere a las razones por las que se mantiene el consumo de tabaco, en lo que se a los patrones de consumo y en lo que se refiere al significado del hábito tabáquico.

- Por una parte, en ambos caso es patente el papel que el consumo de tabaco juega como aliciente para sobrellevar las rutinas de la vida diaria. No obstante, las entrevistas realizadas muestran que, en el caso de las mujeres y, especialmente, de las mujeres adultas, esta función del tabaco como vertebrador de la actividad diaria parece cobrar mayor peso que en el caso de los hombres. También resulta especialmente importante, en el caso de las mujeres, el significado del consumo como premio tras la realización de un esfuerzo o la superación de un obstáculo importante. Aunque algunos hombres también mencionan que el tabaco les ayuda a enfrentar sus responsabilidades cotidianas, en ningún caso aparece la alusión a la idea de premio o incentivo y, en caso de mencionar algo, las sensaciones descritas se relacionan con el manejo del estrés y la ansiedad. En este sentido, podría ser que las mujeres utilicen el consumo de tabaco en mayor medida que los hombres para la gestión de sentimientos de insatisfacción y frustración en el marco de la vida cotidiana, creando así un sistema de recompensa asociado a dicho consumo.
- Otra diferencia significativa en relación a los consumos femeninos y masculinos se refiere al impacto que las responsabilidades familiares y el trabajo de cuidados tienen como fuente de estrés para las mujeres y al papel del tabaco a la hora de afrontar ese estrés. En las entrevistas realizadas se constata que cuando a las obligaciones habituales se suman también responsabilidades familiares y de cuidado de personas dependientes –ya sean niños/as o personas mayores– el estrés se incrementa, y con él la importancia atribuida al tabaco como forma de hacer frente a estas responsabilidades.
- Se ha observado, por otra parte, que resulta más habitual que las mujeres consuman tabaco estando solas o, al menos, otorguen un significado y sentido específico al tabaco que consumen en soledad, en comparación con el que consumen en un contexto eminentemente social. Los/as profesionales que trabajan en el ámbito de la deshabituación opinan que esta dimensión más personal o íntima que puede apreciarse en el consumo de algunas mujeres está relacionada con la búsqueda de un espacio personal íntimo del que muchas veces carecen en el marco de su vida familiar
- La dimensión social del consumo constituye un factor mantenedor del consumo que está presente en toda la población fumadora, aunque es especialmente notable en el caso de los hombres adultos y las personas jóvenes. No obstante, como ya se ha comentado en el punto anterior, también hay muchas mujeres adultas que identifican que su consumo de tabaco está estrechamente ligado a los momentos de ocio y de socialización con otras personas. En el caso de las personas jóvenes puede decirse, además, que esta función social del tabaco es doble. Por un lado, es un hábito

comúnmente compartido con el grupo de iguales que adquiere sentido en el marco de dichas relaciones, pero, además, también actúa como un medio o excusa para establecer nuevas relaciones, sirviendo de catalizador o facilitador de la interacción entre personas desconocidas. Este último tipo de uso del tabaco es mencionado con mayor frecuencia por las mujeres jóvenes, que lo identifican como una ventaja asociada al consumo de esta sustancia. En el caso de los hombres jóvenes, sin embargo, como ya se ha explicado el consumo de tabaco se hallaría más asociado a la integración dentro del grupo de iguales. En cualquier caso, la dimensión social asociada al consumo de tabaco ha sido mencionada en ambos grupos de discusión y denota la importancia que el consumo de tabaco tiene entre las personas jóvenes a la hora de relacionarse con otras personas.

- Otro de los factores que actúa como mantenedor del consumo es la asociación que muchas personas hacen entre el consumo de tabaco y otras sustancias, fundamentalmente, alcohol y café, aunque cabe mencionar también el cannabis entre las personas jóvenes. Desde el punto de vista del género, parece que esta asociación entre el consumo de tabaco y alcohol es más frecuente entre los hombres adultos y las personas jóvenes. Entre las mujeres adultas, por el contrario, resulta más habitual referirse al contexto global de las reuniones y encuentros sociales como el principal estímulo que incita su consumo de tabaco, pero no tanto a la relación directa y la sensación placentera que se deriva de consumir dos o más sustancias de forma simultánea (un hecho que, sin embargo, sí es mencionado por los hombres adultos que combinan el consumo de alcohol y tabaco de forma habitual).
- El uso del tabaco como forma de gestionar el estrés y la ansiedad frente a situaciones difíciles es común entre las personas fumadoras, aunque se menciona con más frecuencia entre las personas adultas y, especialmente, entre las mujeres, para las cuales, como ya se ha explicado, el consumo de esta sustancia está más asociado al manejo del estrés que al placer provocado por su consumo. No obstante, y especialmente ante crisis vitales, eventos traumáticos o situaciones adversas de especial intensidad (enfermedad o muerte de un familiar cercano, separación conyugal, etc.) ambos sexos señalan incrementar o retomar su consumo de tabaco –en caso de que se hubiera producido un proceso de deshabituación previa– en respuesta a situaciones estresantes y sentimientos negativos.

c) Diferencias de género en los procesos de abandono del tabaco

El discurso de las mujeres y hombres en proceso de tratamiento, junto al de las personas profesionales que trabajan en el sector, permite poner también de manifiesto las diferencias y similitudes que existen entre mujeres y hombres en lo que se refiere a los procesos de abandono del tabaco, tanto desde el punto de vista de las motivaciones como de las dificultades que se encuentran en ese proceso.

- Tanto los hombres como las mujeres manifiestan que una de sus principales motivaciones para abandonar el consumo de tabaco es la mejora de su salud física actual, así como evitar el deterioro de la misma a largo plazo. La mayoría de las personas mencionan el cansancio, la insuficiencia respiratoria y la tos como los principales síntomas de las consecuencias que el consumo de tabaco tiene sobre su salud actual. Se observa que tanto los hombres como las mujeres cuentan con

abandonar el tabaco antes de llegar a una edad avanzada y algunas personas incluso señalan ciertos acontecimientos vitales como el punto de inflexión para tomar la decisión de abandonar su consumo (menopausia, jubilación, etc.). Al igual que sucede con la preocupación sobre la salud, el deseo de dejar de experimentar una fuerte dependencia respecto al tabaco también es una motivación señalada por personas de ambos sexos.

- Un aspecto en el que sí se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres es en la frecuencia con la que unos y otros señalan como motivación para el abandono de su consumo el compromiso respecto a otras personas significativas, así como las expectativas y la presión que reciben por parte de su entorno para cesar su consumo de tabaco. Este hecho apunta, por un lado, a que las mujeres se mostrarían más receptivas a abandonar su consumo de tabaco impulsadas por razones y motivaciones procedentes del exterior, es decir, por voluntades, deseos o expectativas ajenas a sí mismas. Por otro lado, indica que, o bien las mujeres fumadoras reciben más presiones familiares y sociales que los hombres fumadores para abandonar su consumo, o bien estas demandas están más presentes para ellas y, tal y como se expone más adelante, les llevan a desarrollar sentimientos de culpabilidad con mayor facilidad cuando no responden a ellas.
- A diferencia de las mujeres, cuando los hombres son preguntados por la presión familiar recibida y el papel que este factor ha jugado en su decisión de abandonar el consumo, muchos tienden a minimizar la importancia de este factor y reivindican, además, el derecho a tomar sus propias decisiones, manteniéndose ajenos a las expectativas y demandas procedentes de su entorno. Algunos también manifiestan una escasa predisposición a realizar sacrificios y esfuerzos por otras personas significativas para las cuales el abandono de su consumo pudiera resultar beneficioso.
- Otra cuestión interesante que vale la pena remarcar es que las presiones que las mujeres reciben para abandonar su consumo no siempre están vinculadas a su propia salud, sino que, en ocasiones, el argumento esgrimido es el mantenimiento de su rol como personas cuidadoras y sostenedoras del entorno familiar
- Las entrevistas realizadas también corroboran los resultados de otras investigaciones respecto a que las mujeres muestran una mayor ansiedad y preocupación ante la idea de abandonar el consumo de tabaco, tanto en el corto como en el largo plazo. Por un lado, anticipan en mayor medida que los hombres los síntomas propios del proceso de deshabitación y, por otro lado, manifiestan una mayor ansiedad ante la idea de abandonar el consumo de forma definitiva. En el caso de los hombres, sin embargo, la decisión de abandonar el consumo parece producirse de forma menos premeditada y, en general, enfatizan más que las mujeres la importancia de desarrollar estrategias activas para hacer frente a los síntomas de la abstinencia, en lugar de centrar su pensamiento en las dificultades que conlleva gestionarlos. Estos resultados apuntan, una vez más, a las diferencias de género existentes en el manejo del estrés y que muestran, por lo general, un predominio mayor de las estrategias de afrontamiento de tipo pasivo en las mujeres y de tipo activo en los hombres.
- El aumento de peso durante los procesos de deshabitación tabáquica ha sido identificado por la literatura especializada como un factor que preocupa especialmente a las mujeres, pudiendo llegar, incluso, a frustrar sus intentos de abandono. El análisis cualitativo realizado corrobora esta idea, aunque también muestra que existe una preocupación por parte de los hombres al respecto. La

diferencia entre ambos sexos parece ser que, mientras que los hombres asumen este hecho como una circunstancia natural vinculada a la cesación, entre las mujeres la situación puede llegar a generar ansiedad e, incluso, llevar a la persona a tomar la decisión de retomar el consumo. En este sentido, las mujeres más jóvenes y las mujeres que realizan su primer intento de abandono parecen ser más vulnerables a la influencia de este factor, por lo que conviene tenerlo presente de cara al proceso de deshabituación.

- En cuanto a las situaciones que conllevan un mayor riesgo de reemprender el consumo de tabaco, el análisis cualitativo realizado evidencia que tanto los estímulos asociados con el placer como los sentimientos y las experiencias vitales negativas pueden hacer que la persona reinicie el consumo de tabaco, sin que se observen diferencias al respecto entre hombres y mujeres. A diferencia de lo que sucede con los factores de mantenimiento del consumo de tabaco, parece que, en las recaídas, la función estimulante –asociada al placer– y la función ansiolítica –asociada a la gestión de la ansiedad y el estrés– desempeñan un papel similar en ambos sexos. No obstante, si bien es cierto que tanto los hombres como las mujeres señalan haber reiniciado su consumo en respuesta a estímulos positivos y negativos, también existen diferencias en los contextos que tienden a propiciar las recaídas y que deben mencionarse.

d) Valoración de los programas de prevención y abandono del consumo de tabaco y su análisis desde una perspectiva de género

Se señalan, finalmente, algunas cuestiones relacionadas con la valoración de los programas de prevención y abandono del consumo de tabaco y su análisis desde una perspectiva de género:

- Cuando se analiza la situación actual de los programas de prevención del consumo de tabaco dirigidos a la población adolescente, lo primero que la mayoría de los/as profesionales entrevistados destacan es la reducción del número de programas de este tipo que ha tenido lugar en los últimos años. También señalan que este proceso ha transcurrido paralelo a la proliferación de programas centrados en la prevención del consumo de cannabis, asumiendo que el consumo de tabaco se prevenía también en parte mediante esta vía. Desde una perspectiva de género, cabe preguntarse si teniendo en cuenta que las mujeres consumen cannabis con menor frecuencia e intensidad que sus homólogos masculinos, este cambio de enfoque no ha resultado en un perjuicio para las mujeres adolescentes. Además, parecen existir ciertos estereotipos asociados a las mujeres jóvenes fumadoras que sería necesario trabajar dentro de las actuaciones preventivas.
- En relación a esa cuestión, la mayoría de las personas que han participado en los grupos de discusión se muestran de acuerdo al afirmar que, en la actualidad, no se está abordando suficientemente la influencia que el género tiene en los contextos de inicio en y en las razones para empezar a consumir tabaco en la adolescencia. Existen, no obstante, diferentes posiciones acerca de las soluciones que cabría adoptar al respecto. Mientras que algunas personas defienden la conveniencia de introducir la perspectiva de género de forma explícita, es decir, diseñando contenidos específicos que visibilicen las diferencias en los factores de riesgo y protección frente al inicio del consumo de chicos y chicas, otras personas consideran que sería suficiente con

abordar individualmente la dimensión subjetiva (actitudes, emociones, percepciones, etc.) asociada al consumo de cualquier sustancia, independientemente del sexo de la persona.

- En este sentido, varias de las personas entrevistadas han señalado la necesidad de reorientar los programas de prevención de corte más tradicional, ya que parten de una perspectiva biomédica que enfatiza la prevención de los riesgos sobre la salud asociadas al consumo de cualquier sustancia y que constituye un enfoque que se ha mostrado en muchos casos ineficaz, especialmente, entre el público adolescente. Estas personas indican que debería de apostarse por un modelo basado en una concepción positiva de la salud, que enfatice la dimensión psicológica y social que conlleva el consumo de cualquier sustancia.
- En cuanto a los contenidos de los programas de deshabituación, existe un acuerdo considerable a la hora de señalar que determinados aspectos asociados al consumo de tabaco y a las vivencias durante los procesos de deshabituación deben trabajarse de forma específica con las mujeres. Este es, por ejemplo, el caso del mayor estrés derivado de la asunción de responsabilidades de cuidado de personas dependientes y trabajo doméstico en el hogar, la búsqueda de un espacio para sí mismas a través del consumo de tabaco, o los sentimientos de culpa que muchas mujeres generan debido a su consumo. Todos estos factores, que ya han sido mencionados en apartados anteriores pueden retrasar y obstaculizar los procesos de deshabituación de las mujeres y, en este sentido, deberían ser tenidos en cuenta en el marco de los programas de deshabituación.
- Una segunda cuestión que también se ha planteado es si la inclusión de la perspectiva de género en estos programas debe hacerse a través de la creación de programas específicos para mujeres o si la ésta puede implementarse de forma transversal en el marco de programas orientados a un público mixto. La mayoría de los/as profesionales que trabajan en este ámbito se muestran más partidarios de apostar por una individualización de las intervenciones en el marco de programas dirigidos a un público mixto e incorporar la perspectiva de género de forma transversal. Sin embargo, algunas personas también han señalado las ventajas que implica trabajar con grupos no mixtos destacando, sobre todo, la mayor facilidad comunicativa y de interacción que se observa entre personas del mismo sexo y también la mayor facilidad para hacer emerger algunas temáticas que pueden quedar silenciadas o invisibilizadas dentro de los grupos mixtos. Finalmente, se han mencionado los programas exclusivamente dirigidos a mujeres para tratar los problemas de sobrepeso y el consumo continuado de psicofármacos como dos referentes implementados con éxito en el ámbito sanitario durante los últimos años. En cuanto a las personas usuarias, éstas afirman sentirse más cómodas dentro de grupos mixtos y lo cierto es que no se ha identificado una demanda dirigida a la creación de grupos exclusivamente compuestos por mujeres fumadoras
- La tercera cuestión relevante abordada con relación a la incorporación de la perspectiva de género en la promoción del abandono del hábito tabáquico ha sido la necesidad de enfatizar en mayor medida la paternidad como un momento vital clave para el cese del consumo en los hombres fumadores. Esto es así, al menos, por dos razones. En primer lugar, existe la percepción de que, si bien es cierto que la implicación de los hombres en el embarazo de sus parejas ha aumentado en los últimos años, el abandono del consumo de tabaco es visto todavía como una

responsabilidad exclusiva de la madre por muchos hombres. En segundo lugar, se indica que para las personas que no han tomado antes esta decisión el momento del embarazo es ya un momento de estrés en el que es más difícil plantear el abandono del consumo, aunque es posible y debería de hacerse. Tanto las personas usuarias como los/as profesionales de la salud llaman la atención sobre la baja participación de las personas jóvenes –de entre 30 y 40 años– en los programas de deshabituación.