

MUJERES, ABANDONO DE CONSUMO DE TABACO Y BARRERAS DE GÉNERO

MARÍA LUISA JIMÉNEZ RODRIGO

Universidad de Sevilla

Recibido/12/09/2011

Aceptado/24/11/2011

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar, desde una perspectiva de género, los obstáculos que dificultan el cese del consumo de tabaco entre las mujeres. Se utilizó una metodología multimodal basada en la explotación secundaria de la Encuesta Nacional de Salud y en el análisis de entrevistas en profundidad realizadas a una muestra intencional de mujeres fumadoras y exfumadoras. Las mujeres, en general, presentan menores tasas de abandono de consumo de tabaco respecto a los varones. Son las mujeres mayores de 45 años y de menor estatus socioeconómico las que muestran mayores dificultades para dejar de fumar. Se observan como principales barreras para dejar el tabaco las creencias asociadas a la adicción y a los riesgos sobre la salud así como la pérdida de los beneficios sociales, emocionales y corporales del consumo de tabaco. También se discute sobre la influencia de sesgos de género en las políticas sanitarias y la desigualdad de género en el acceso a los recursos.

Palabras clave: Abandono del consumo de tabaco, mujeres, desigualdad de género, investigación cualitativa.

Abstract

This paper aims to analyze from a gender perspective obstacles that hinder smoking cessation among women. A multimodal methodology is applied based on secondary research upon the Spanish National Health Survey and in-depth interviews delivered to an intentional sample of smokers and ex-smokers women. Women present lower smoking cessation rates than men. Specifically, greatest difficulties to smoking cessation are showed by female over 45 year-old and those of low socioeconomic status. The main barriers for quitting smoking seem linked to beliefs about addiction and

health effects of tobacco as well as loss of social, emotional and physical benefits attached to smoking. Also, influences of gender biases in health policy and unequal access to resources are discussed.

Keywords: Smoking cessation, women, gender inequality, qualitative research.

1. Introducción

En los últimos años se ha producido una radical transformación de la imagen social del consumo de tabaco. Esta práctica, que hasta hace relativamente poco tiempo constituía un comportamiento normalizado dentro de las rutinas cotidianas de interacción social, ha pasado a ser objeto de una creciente regulación, medicalización y estigmatización. De forma que dejar de fumar se ha establecido no sólo como una cuestión de salud sino también como una cuestión de integración social, donde las personas que no *deciden* o no *pueden* dejar de fumar son cuestionadas en su racionalidad, moralidad y/o debilidad al contravenir los dictados sociales de los nuevos estilos de vida saludables que se imponen como norma en las sociedades postmodernas¹. Sin embargo, no todas las personas y grupos muestran las mismas probabilidades para dejar de fumar, como así lo indican las estadísticas, registrándose en particular importantes diferencias entre mujeres y hombres. Si observamos las tendencias de abandono del consumo de tabaco se aprecian pautas sociológicas que, lejos de la aleatoriedad o del influjo de rasgos individuales (biológicos o de personalidad), reflejan la influencia de lo social y, en particular, del género. Así, se han evidenciado diferencias por sexo, grupos de edad, clase social, nivel educativo y etnia².

-
1. BAUMAN, Zygmunt y MAY Tim: *Pensando sociológicamente*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2009.
 2. JARVIS, Martin. «Gender Differences in Smoking Cessation: Real or Myth?». *Tobacco Control* 3 (1994), pp. 324-28. GRAHAM, Hilary y HUNT, Sonja. «Women's Smoking and Measures of Women's Socioeconomic Status in the United Kingdom». *Health Promotion International*, 9:2 (1994), pp. 81-88. OSLER, Merete; PRESCOTT, Eva; GODTFREDSSEN, Nina; *et al.* «Gender and Determinants of Smoking Cessation: A Longitudinal Study». *Preventive Medicine* 2 (1999), pp. 57-62. FERNÁNDEZ, Esteve; SCHIAFFINO Ana; GARCÍA, Montse; *et al.* «Widening socio-economic inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997». *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (2001), pp. 729-730. HUISMAN, Martijn; KUNST Anton; MACKENBACH, Johan. «Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income». *Preventive Medicine* 40 (2005), pp. 756-764. GRAHAM, Hilary; FRANCIS, Brian; INSKIP, Hazel; *et al.* «Socioeconomic lifecourse influences on women's smoking status in early adulthood». *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (2006) pp. 228-233.

Desde el punto de vista de género, esta variabilidad es especialmente significativa ya que, en comparación con los varones, las mujeres presentan tendencias y características particulares y divergentes en cuanto al proceso de abandono, caracterizado por su menor intensidad y retraso histórico. Si los varones empezaron en España a dejar el tabaco de forma especialmente marcada e ininterrumpida a partir de los ochenta del pasado siglo, la prevalencia de consumo femenino de tabaco sólo comienza a reducirse, si bien muy levemente y sólo entre algunos grupos, con la entrada del siglo XXI³. Además, diversos estudios determinan que las mujeres parecen experimentar mayores dificultades para dejar el tabaco, a pesar de declarar en mayor medida que los varones su intención de abandonarlo y de intentarlo más veces⁴. Como subrayó Bobbie Jacobson, pionera en el análisis feminista de los usos contemporáneos del tabaco, las distintas tasas de abandono que mujeres y hombres muestran en los países industrializados evidencian las desigualdades de género que operan en la distribución de las probabilidades para dejar de fumar, estructurándose una «jerarquía social, racial y sexual» donde las mujeres, y concretamente las de menor estatus socioeconómico, ocupan una posición de desventaja⁵. Esto conlleva importantes implicaciones desde el punto de vista de las desigualdades en salud ya que, teniendo presente la evidencia científica sobre los efectos del humo de tabaco sobre la salud y su conformación como la principal causa evitable de mortalidad en los sociedades avanzadas⁶, determinados grupos sociales están acumulando mayores riesgos de enfermar y de morir –como ya se observa en el aumento de la incidencia de cáncer de pulmón entre las mujeres⁷– y que pueden acrecentarse si estas desigualdades persisten.

3. FERNÁNDEZ, Esteve; SCHIAFFINO Ana; GARCÍA, Montse; *et al.* «Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud». *Medicina Clínica (Barc)* 120:1 (2003), p14-6. Y datos de las Encuestas Nacionales de Salud disponibles en la web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>

4. WETTER, David; KENFORD, Susan; SMITH, Stevens; *et al.* «Gender Differences in Smoking Cessation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67:4 (1999), pp. 555-62. McKEE, Sherry; MACIEJEWSKI, Paul; FALBA, Tracy; *et al.* «Sex Differences in the Effects of Stressful Life Events on Changes in Smoking Status». *Addiction* 98 (2002), pp. 847-55.

5. JACOBSON, Bobbie. *The Ladykillers: Why Smoking Is a Feminist Issue*. London, Pluto Press, 1982.

6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Geneva, OMS, 2003.

7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadísticas de Mortalidad por causa de muerte: España y comunidades autónomas.

<<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>>, consultado el 15-6-2011. Concretamente, la tasa de mortalidad

Este escenario revela la necesidad y la pertinencia de avanzar en la comprensión de la influencia del género, no sólo en cuanto al inicio y mantenimiento del consumo de tabaco –respecto a lo cual existe una amplia literatura, sobre todo internacional–, sino también y de forma específica en relación a su abandono. Para ello es preciso superar visiones reduccionistas del fenómeno como una cuestión meramente individual y fisio-psicológica anclada en la adicción⁸, para ampliar la mirada hacia la influencia de otros factores estructurales, simbólicos y prácticos que marcan que el proceso de renunciar al consumo de tabaco sea *diferente y desigual* en mujeres y en hombres. En este sentido, se ha destacado la existencia de desigualdades en el acceso a los recursos y apoyos sociales, económicos e informacionales necesarios para dejar de fumar. Ann Oakley ha señalado que la persistencia del consumo de tabaco entre las mujeres embarazadas no responde a un modelo individual sino que está fuertemente determinada por su posición social y material y, concretamente, por los apoyos sociales para reducir su estrés⁹. Así también, la importancia de la condición socioeconómica ha sido advertida en otros estudios, subrayando que las mujeres con menores recursos económicos y menor nivel educativo presentan menores tasas de abandono¹⁰. Estudios más recientes han mostrado el impacto del desempleo y la privación material en unas menores probabilidades de dejar el tabaco entre mujeres jóvenes¹¹.

Junto a los elementos estructurales, los factores culturales ligados al peso de los roles de género y de los estereotipos sexistas pueden obstaculizar el abandono femenino de tabaco. En primer lugar, en lo que se refiere a la reproducción de sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico de enfermedades y dolencias fuertemente masculinizadas¹², que también afectan

femenina por tumor maligno de pulmón se ha doblado desde 1990, pasando de un 6,6 a 12,3 en 2007. En relación a los varones, la tasa de mortalidad por esta causa aunque considerablemente más alta, muestra unos valores relativamente estabilizados en torno a 80, si bien en los últimos diez años se aprecia una ligera reducción, llegando al 77,6.

8. Como tradicionalmente se ha establecido en su abordaje biomédico. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona, Masson, 2001.
9. OAKLEY, Ann. «Smoking in Pregnancy: Smokescreen or Risk Factor? Toward a Materialist Analysis». *Sociology of Health & Illness* 11 (1989), pp. 311-335.
10. GRAHAM, Hilary y DER, Geoff. «Patterns and Predictors of Tobacco Consumption among Women». *Health Education Research* 14:5 (1999), pp. 611-18. OSLER, Merete; *et al. Op.cit.*
11. WEDEN, Margaret; ASTONE, Nan y BISHAI, David. «Racial, ethnic, and gender differences in smoking cessation associated with employment and joblessness through young adulthood in the US». *Social Science and Medicine*, 62:2 (2009), pp. 303-316.
12. RUIZ CANTERO, Teresa; RONDA, Elena; y ÁLVAREZ DARDET, Carlos. «The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease

al cáncer de pulmón y otras afecciones respiratorias. Manifestaciones de ello las encontramos en la infrarrepresentación de las mujeres en los ensayos clínicos sobre cáncer de pulmón¹³ o en la insensibilidad de género presente en las políticas públicas e intervenciones sanitarias sobre tabaquismo, que tienden a ignorar las experiencias y problemáticas de las mujeres fumadoras más allá del embarazo¹⁴. El androcentrismo ligado a la definición del problema del consumo de tabaco ha hecho también que las mujeres, al fumar con menor intensidad o variedades bajas en nicotina, se sientan más seguras frente a sus efectos¹⁵ y menos conscientes de los riesgos en comparación con los varones¹⁶.

En interacción con el componente androcéntrico de la construcción del problema del tabaquismo, que termina *invisibilizando* las experiencias y necesidades de las mujeres fumadoras, se produce una *hipervisibilización* de las mismas como consecuencia de la esencialización de su salud y sus cuerpos a la esfera sexual-reproductiva¹⁷. Esto ha derivado en la focalización de los esfuerzos sanitarios para promover el abandono del consumo de tabaco entre las mujeres en el embarazo y, en particular, en los efectos sobre la salud del feto¹⁸.

management in primary care». *Journal of Epidemiology & Community Health* 61 Suppl 2:ii (2007), pp. 11-16.

13. JAGSI, Reshma; MOTOMURA, Amy; AMARNATH, Sudha; *et al.* «Under-representation of women in high-impact published clinical cancer research», *Cancer* 114:15 (2009), pp. 3293-3301.
14. CHRISTOFIDES, Nicola: «How to Make Policies More Gender Sensitive», en: Jonathan Samet y Soon-Young Yoon (eds.): *Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for Epidemic-Challenges for the 21st Century*. Geneva, World Health Organization, 2001, pp. 165-76. DEBOBBELEER, Nicole; BÉLAND, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; *et al.* «Gender and the Social Context of Smoking Behaviour». *Social Science & Medicine* 58:1 (2004), pp. 1-12.
15. NERÍN, Isabel. «El tabaquismo en la mujer: Una atracción fatal». *Archivos de Bronconeumología*, 41:7 (2005), pp. 360-362.
16. LUNDBORG, Peter y ANDERSON, Henrik. «Gender, risk perception, and smoking behavior». *Journal of Health Economics*, 27 (2008), pp. 1299-1311. LI, Quian; DRESLER, Carolyn; HECK Julia; *et al.* «Knowledge and beliefs about smoking and cancer among women in five European countries». *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 19 (2010), pp. 2811-20.
17. IM, Eun-Ok. «A feminist critique of research on women's work and health». *Health Care for Women International* 21 (2000), pp. 105-19. INHORN, Marcia, y WHITTLE, Lisa. «Feminism meets the "new" epidemiologies: Toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health». *Social Science & Medicine* 53 (2001), pp. 553-67.
18. OAKLEY, Ann. *Op.cit.* CHRISTOFIDES, Nicola. *Op.cit.* BERRIDGE, Virginia. «Constructing Women and Smoking as a Public Health Problem in Britain: 1950-1990s». *Gender & History* 13:2 (2001), pp. 328-48.

Otra dimensión importante a considerar en las diferencias de género en los procesos de abandono se refiere a los significados y *utilidades* que para las mujeres fumadoras comporta el uso de cigarrillos y que pueden actuar como poderosas barreras para dejar el tabaco. Numerosos estudios han mostrado que fumar reporta a las mujeres importantes ventajas como el control del estrés y la ansiedad y el control del peso corporal que pueden impedir el abandono del cigarrillo¹⁹. De igual modo, se ha observado que las mujeres que logran dejar de fumar tienen mayores dificultades para mantener la abstinencia, *recayendo* con más frecuencia que los hombres, sobre todo por el mayor impacto de eventos estresantes y del miedo a engordar²⁰. También se ha constatado que las mujeres que muestran mayores resistencias a las presiones corporales y estéticas dejan en mayor medida el tabaco²¹.

Partiendo de estos antecedentes, este trabajo pretende profundizar en el análisis de los factores de género que inciden en el abandono del consumo de tabaco entre las mujeres. Para ello, se explora, en primer lugar, las diferencias entre los sexos en las tasas de cesación del uso de cigarrillos, indagando en las diferencias en función de la edad y la clase social. En segundo lugar, se analizan desde una perspectiva cualitativa los discursos de las mujeres fumadoras y exfumadoras en torno a su práctica tabáquica para desvelar los sentidos, motivaciones e interpretaciones que ayuden a comprender las barreras que pueden dificultar el abandono del consumo de tabaco en el contexto de su vida cotidiana.

2. Metodología

Se ha empleado una metodología multimodal, combinando los enfoques cuantitativo y cualitativo y el análisis de datos secundarios y primarios. Por una parte, se ha procedido a la explotación estadística de la Encuesta Nacional

-
19. JACOBSON, Bobbie. *Op.cit.* WALDRON, Ingrid. «Patterns and Causes of Gender Differences in Smoking». *Social Science & Medicine* 32:9 (1991), pp. 989-1005. GREAVES, Lorraine. *Smoke Screen: Women's Smoking and Social Control*. Fernwood Publishing, Halifax, 1996. AGHI, Mira; ASMA, Samira; YEONG, Chng Chee *et al.*: «Initiation and Maintenance of Tobacco Use», en: Jonathan Samet y Soon-Young Yoon (eds.): *Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for Epidemic-Challenges for the 21st Century*. Geneva, World Health Organization, 2001, pp. 48-68.
 20. GRITZ, Ellen; NIELSEN, Ingrid y BROOKS, Lisa. «Smoking Cessation and Gender: the Influence of Physiological, Psychological, and Behavioral Factors». *Journal of American Medical Women's Association* 51:1-2 (1996), pp. 35-42. MCKEE, Sherry; MACIEJEWSKI, Paul; FALBA, Tracy; *et al.* *Op.cit.*
 21. ZUCKER, Alyssa y LANDRY, Laura. «Embodied Discrimination: The Relation of Sexism and Distress to Women's Drinking and Smoking Behaviours». *Sex Roles* 56 (2007), pp.193-203.

de Salud de 2006 que nos ha permitido estimar las tasas de abandono²² y describir las características de las pautas de cesación en función del sexo junto a otras variables significativas como la edad o la clase social. Para ello se ha accedido a los microdatos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que han sido analizados estadísticamente mediante el programa SPSS v.15.

Por otra parte, se ha realizado un análisis del discurso de mujeres fumadoras y exfumadoras obtenido a partir de 32 entrevistas en profundidad llevadas a cabo en el ámbito geográfico de Andalucía oriental²³. La selección de las mujeres que conforman la muestra responde a un procedimiento intencional basado en criterios donde se buscó la heterogeneidad por edad y momento en el que se iniciaron en el consumo de tabaco, nivel socioeconómico y roles laborales y familiares. Las participantes fueron localizadas en variados contextos: centros educativos, asociaciones de mujeres, colectivos profesionales y redes sociales de la investigadora y su entorno. El proceso de selección de nuevas informantes se fue intercalando con el análisis e interpretación de las entrevistas ya realizadas, lo que fue guiando la definición de las características de las siguientes informantes, buscando la mayor diversidad de experiencias. La selección finalizó al llegar a la saturación y redundancia de los datos en torno a las categorías centrales de análisis. En las entrevistas, con una duración entre una hora y media y dos horas de media, se exploraron las trayectorias de consumo de tabaco dentro del contexto biográfico y social de las participantes, atendiendo de forma abierta y flexible a los siguientes temas cardinales: percepción del uso de tabaco, experimentación e inicio, habituación, entornos y circunstancias de consumo, sentidos y ventajas, costes y problemas, productos tabáquicos y abandono. Los datos fueron analizados desde la perspectiva de la teoría fundamentada, utilizando como apoyo al análisis el programa informático Atlas.ti v.4.

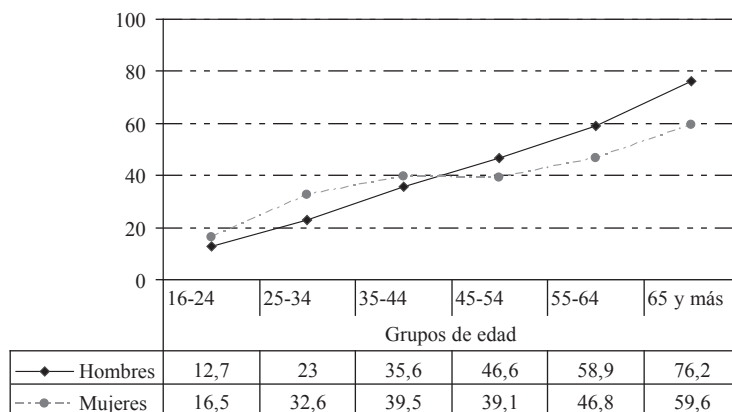
22. El cálculo de las tasas de abandono se ha realizado en relación a la población que ha mantenido contacto con el tabaco; es decir, se han estimado a partir del cociente entre el número de personas exfumadoras y la suma del número de personas que fuman actualmente y que han fumado en el pasado. Esta precisión es importante porque habitualmente se calculan las tasas de abandono respecto al total de la población, lo que ha dado lugar a una subestimación de los índices de abandono femenino. JARVIS, Martin. *Op.cit.*

23. Estos resultados forman parte de una investigación cualitativa más amplia sobre la feminización del uso de tabaco que dio lugar a la tesis doctoral de la autora: *Mujeres y tabaco: la feminización del consumo de cigarrillos en España*. Universidad de Granada, 2007.

3. Diferencias de género en el abandono del consumo de tabaco: lo que dicen las encuestas

Las encuestas disponibles indican que las mujeres, en términos generales, no están dejando de fumar en la misma medida que los varones. En 2006, la tasa femenina de abandono se sitúa casi diez puntos porcentuales por debajo de la masculina (un 37,9% frente a 48,9%), si bien se observan importantes diferencias entre los grupos de edad (gráfico 1).

Gráfico 1. Tasas de abandono del consumo de tabaco según sexo y grupos de edad. Porcentajes respecto al total de personas que han fumado alguna vez. España, 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud, 2006.

En el grupo de 16 a 44 años, son más las mujeres las que dejan de fumar, haciéndose máxima la brecha entre los sexos a favor de éstas en el grupo de edad de 25 a 34 años. A partir de los 45 años, esta relación se invierte y la tasa masculina de abandono supera a la femenina y la brecha a favor de éstos se incrementa, sobre todo en los grupos de mayor edad²⁴. El ciclo vital se conforma así en un factor central para entender los procesos de abandono de consumo

24. Es importante visibilizar la situación de las fumadoras mayores de 45 años, que forman un colectivo donde el consumo de tabaco se ha incrementado de forma notable en los últimos quince años. Según las Encuestas Nacionales de Salud, la prevalencia de consumo de tabaco entre las mujeres de 45 a 64 años se ha duplicado desde 1993 (con un 10,3%) a 2006 (con un 20,9%). En cambio, entre los hombres de ese grupo de edad ha bajado de un 47% a un 34%.

de tabaco entre las mujeres. Es precisamente en la etapa *reproductiva* cuando las mujeres dejan el cigarrillo en mayor medida que los hombres. Luego parece estabilizarse para incrementarse a partir de los 55 años, aunque por debajo de la tendencia masculina.

Junto a la edad y el género, la clase social interviene decisivamente en las probabilidades de dejar de fumar, que se elevan conforme aumenta el nivel socioeconómico (tabla 1). Son los varones –y, en menor grado, las mujeres– de clases sociales más altas quienes dejan el tabaco con mayor facilidad, mostrando las brechas de género más reducidas. Por otra parte, entre las clases trabajadoras –manuales y no cualificadas– las mujeres muestran las mayores dificultades para dejar de fumar, observándose las brechas más amplias entre los sexos. A la vista de los datos, podemos afirmar que las desigualdades de género en cuanto al consumo de tabaco se acentúan en los niveles socioeconómicos más bajos, lo que se corresponde con lo observado en otros contextos

Tabla 1. Tasas de abandono del consumo de tabaco según sexo y clase social. Porcentajes respecto al total de personas que han fumado alguna vez. España, 2006

Clase social ^a	Mujeres	Hombres	Brecha de género ^b
Clase I	51,5	57,5	0,90
Clase II	45,4	50,5	0,90
Clase III	44,3	52,0	0,85
Clase IVa	36,8	47,5	0,77
Clase IVb	31,7	42,6	0,74
Clase V	30,9	44,6	0,69
Total	37,9	48,3	0,78

^a La clase social se refiere a la persona adulta seleccionada. Clase I: Directivos/as de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados/as. Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo. Clase II: Directivos/as de empresas de menos de 10 asalariados/as. Profesiones asociadas a una titulación de 1er ciclo universitario. Técnicos/as superiores. Artistas y deportistas. Clase III: Empleados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores/as de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores/as por cuenta propia supervisores/as de trabajadores/as manuales. Clase IVa: Trabajadores/as manuales cualificados/as. Clase IVb: trabajadores/as manuales semicualificados/as. Clase V: Trabajadores/as no cualificados/as.

^b La brecha de género se ha calculado a partir del cociente entre el porcentaje referido a hombres y el porcentaje referido a mujeres. Un valor inferior a 1 indica que la probabilidad de las mujeres para dejar de fumar es menor a la de los varones; y cuanto más cercano sea el valor a 1 se produce una mayor paridad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

sobre la creciente correlación entre desventaja económica, desigualdades de género y persistencia del consumo de tabaco²⁵.

En relación a la participación en el mercado laboral, se observa entre las mujeres una mayor tasa de abandono, principalmente entre jubiladas y pensionistas, y seguidamente entre las dedicadas al trabajo doméstico y con empleo; mientras que son las mujeres estudiantes las que muestran mayores dificultades para dejar de fumar (tabla 2). Las mayores brechas de género a favor de las mujeres se ubican entre aquellas que se encuentran fuera del mercado laboral; es decir, las mujeres en desempleo, estudiantes y dedicadas al trabajo doméstico exhiben mayores probabilidades, en comparación con sus homólogos varones, para cesar en su consumo tabáquico. En cambio, entre el grupo de personas jubiladas y pensionistas, la brecha se invierte a favor de los hombres, lo que está relacionado también con el impacto de la variable edad.

Tabla 2. Tasas de abandono del consumo de tabaco según sexo, relación con la actividad y ocupación. Porcentajes respecto al total de personas que han fumado alguna vez. España, 2006

Relación con la actividad	Mujeres	Hombres	Brecha de género
Trabajando	37,2	38,7	0,96
En desempleo	34,4	28,7	1,20
Jubilado/a – pensionista	48,4	70,3	0,69
Estudiante	20,5	15,4	1,33
Dedicados/a principalmente al trabajo doméstico	38,9	33,3	1,17
Ocupación	Mujeres	Hombres	Brecha de género
Empleador/a (empresario/a o profesional con asalariados/as)	40,6	51,7	0,79
Empresario/a sin asalariados o trabajador/a independiente	37,1	55,2	0,67
Ayuda familiar	35,3	45,5	0,78
Asalariado/a fijo/a	43,1	51,9	0,83
Asalariado/a eventual o interino/a	31,3	32,9	0,95
Miembro de una cooperativa	32,6	46,7	0,70
Total	37,9	48,3	0,78

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

25. GRAHAM, H. *et al.* *Op. cit.*

Entre mujeres y hombres con trabajo remunerado, a nivel global no se aprecian diferencias significativas, aunque cuando se detalla el tipo de ocupación aparecen discrepancias entre los sexos. Así, en todas las categorías ocupacionales, excepto en la de personal asalariado temporal y con muy poca diferencia respecto a los varones, las mujeres muestran menores tasas de abandono. Estos resultados, si bien convendría un análisis más detallado de las interacciones entre las variables, apuntan que los mayores obstáculos para abandonar el consumo de tabaco entre las mujeres se encuentran relacionados con su participación en el mercado laboral, vinculados principalmente a situaciones de exclusión –en el caso de las mujeres en desempleo– y precariedad.

Además del examen de las pautas de cesación, es preciso ahondar en el plano subjetivo, es decir, cómo las personas exfumadoras racionalizan e interpretan el abandono de su práctica, encontrando significativas diferencias entre los sexos en cuanto a los motivos declarados para dejar de fumar (tabla 3). El consejo médico y las molestias sentidas por el consumo de tabaco, tanto en su salud como en su rendimiento general, son motivos más prevalentes entre los varones. En cambio, la decisión ligada a la propia voluntad y el embarazo constituyen motivos significativamente más importantes para las mujeres.

Tabla 3. Motivos para dejar de fumar según sexo. Porcentajes. España, 2006

	Mujeres	Hombres
Se lo aconsejó el médico **	5,4	18
Sentía molestias por el tabaco **	13,8	23,6
Aumentó su grado de preocupación por los efectos del tabaco sobre su salud	16,3	15,3
Embarazo **	15,6	0
Sentía que disminuía su rendimiento general **	2,9	4,5
Lo decidió solo, por propia voluntad *	62,6	58,7
Otros motivos	8	8,2

* Diferencias estadísticamente significativas <0.05;

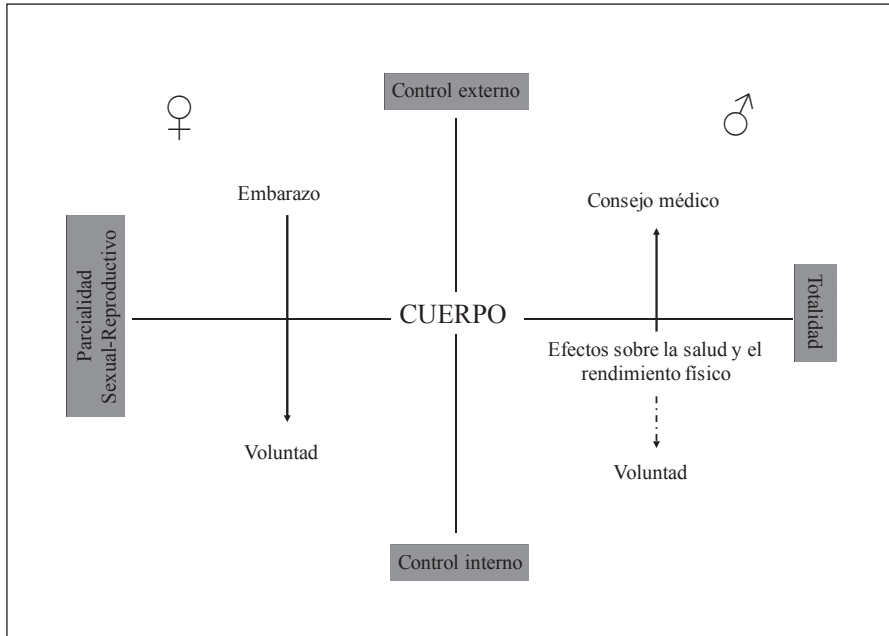
** Diferencias estadísticamente significativas <0.01

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2006).

Si consideramos la instancia de donde proviene la disposición de dejar de fumar –ya sea del propio individuo, ya sea de agentes exteriores al mismo– y el *locus* de aplicación de dicha disposición –sobre el cuerpo en su totalidad o sobre una parte de éste–, podemos articular un modelo compuesto de dos ejes

en el que se ubican las motivaciones que parecen operar de forma diferencial en mujeres y de hombres (cuadro 1).

Cuadro 1. Motivaciones para el abandono del tabaco en mujeres y hombres



Fuente: Elaboración propia

El abandono masculino se inserta en mayor medida dentro de unas coordenadas de *control externo*, condicionado por instancias sanitarias que operan sobre la *totalidad del cuerpo*. El sometimiento al control médico se produce fundamentalmente por una preocupación sobre los efectos del consumo de tabaco sobre la salud, y sobre todo, por su experiencia directa. Los hombres dejan de fumar más por *su* salud y se sienten reforzados en su decisión por los agentes sanitarios; lo que puede contribuir a unas mayores probabilidades de éxito para dejar de fumar de forma definitiva. En cambio, el abandono femenino se ubica principalmente en el terreno del *control interno*, por lo que dejar de fumar depende en un porcentaje significativo de la voluntad de las propias mujeres. Y a menudo esta decisión no responde a una preocupación por su propia salud sino que se localiza en una esfera parcial de su cuerpo, la sexual-reproductiva, atendiendo a los efectos del tabaco sobre el feto durante el embarazo. Esta idea es reforzada por gran parte de las intervenciones sanitarias

orientadas específicamente a las mujeres y que se centran en la gestación como campo prioritario de actuación frente al tabaquismo femenino (cuadro 2). Aunque una proporción importante de mujeres afirma haber dejado de fumar durante el embarazo, los estudios evidencian que un porcentaje significativo de mujeres embarazadas –variable según los estudios entre un 30 y un 50%– no logra dejar de fumar durante la gestación²⁶. Y un alto porcentaje de las mujeres que lo consiguen recaen en el cigarrillo después del parto²⁷.

Cuadro 2. Carteles para la deshabituación tabáquica orientados a fumadoras embarazadas



26. JANÉ, Mireia; NEBOT, Manel; BERJANO, B.; *et al.* «Factores determinantes del abandono del tabaquismo durante el embarazo». *Medicina Clínica (Barc)* 114 (2000), pp. 132-5. MARTÍNEZ-FRÍAS, María Luisa; RODRÍGUEZ-PINILLA, Elvira; BERMEJO, Eva y Grupo Periférico del ECEMC. «Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por año, comunidades autónomas y características maternas». *Medicina Clínica (Barc)* 125 (2005), pp. 86-92. AMEZCUA-PRIETO, Carmen; ESPIGARES-RODRÍGUEZ, Elena; MOZAS-MORENO, Juan; *et al.* «Modificación del consumo de tabaco durante el embarazo: incidencia y factores asociados». *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 35:6 (2008), pp. 194-201.
27. JANÉ, Mireia. 2004. «Mujeres y tabaco: aspectos ligados al género». *Adicciones* 16(Supl. 2):115-30.

Conviene detenernos en el «consejo médico» por sus substanciales implicaciones en la configuración del *tabaquismo* como problema de salud pública y en los sesgos de género que parecen ir asociados a éste. Dejar de fumar por consejo médico es más frecuente en los hombres de todas las edades, pero sobre todo, a partir de los 45 años. En las mujeres, en cambio, no llega al 10% entre las mayores de 55 años (tabla 4). Por clase social, la influencia del consejo médico se incrementa conforme aumenta el nivel socioeconómico de los varones, no apreciándose una correlación clara en las mujeres, si bien entre éstas el consejo médico se sitúa en todos los niveles socioeconómicos significativamente por debajo respecto a los hombres. Aunque con estos datos no podemos llegar a desvelar si estas discrepancias se deben a un desajuste de provisión del consejo médico o a un problema de interiorización de éste por parte de los sujetos que acuden a la consulta médica, sí que apuntan una influencia de sesgos de género y de clase social en la efectividad y equidad de las intervenciones sanitarias en este ámbito.

Tabla 4. Porcentaje de mujeres y hombres que abandonan el consumo de tabaco por consejo médico, según nivel socioeconómico y grupos de edad

Nivel socioeconómico	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IVa	Clase IVb	Clase V
Hombres	12,8	12,2	16,7	18,6	23,1	22,4
Mujeres	4,4	3,9	3,9	8,0	5,5	5,9
Grupos de edad	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y más
Hombres	3,9	2,5	6,7	12,3	18,6	28,0
Mujeres	1,4	3,8	4,2	4,8	9,7	10,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2006).

Hemos dejado aparte un motivo fundamental para las mujeres, el embarazo, declarado por un 15% de las exfumadoras. Este motivo es más prevalente entre las mujeres de 24 a 44 años, y que dicen haber dejado el tabaco por esta razón un 22-23%. Por clase social no se aprecian grandes diferencias. Pero profundizaremos en esta cuestión en el siguiente epígrafe.

4. Barreras para el abandono del consumo de tabaco: la voz de las propias mujeres

Los datos procedentes de encuestas nos ofrecen datos muy relevantes sobre las tendencias de abandono entre los sexos, pero poco nos dicen acerca de las significaciones que subyacen a la práctica de fumar cigarrillos y a su

interrupción. Esto exige una vía de aproximación diferente a partir de técnicas de investigación cualitativas que ayuden a desvelar los sentidos, experiencias e interpretaciones manifestados por las propias mujeres y que pueden contribuir a la comprensión de las barreras que impiden su abandono del tabaco.

4.1. «A mí me gustaría dejarlo, pero no puedo»: *El poder de la adicción*

Gran parte de las fumadoras declara que les gustaría dejar de fumar, pero expresan su «imposibilidad» de hacerlo por la adicción que experimentan hacia esta sustancia. «*Es que es una adicción tan fuerte...*», afirman muchas de ellas. El «poder de la adicción» se exterioriza claramente cuando la fumadora la enfrenta a su voluntad de dejar el tabaco, ya que gran parte de ellas han intentado dejar de fumar en varias ocasiones, «*pero siempre caigo y fumo*». Esta adicción es descrita en analogía con otras drogodependencias y es habitual en los discursos de las fumadoras que aparezcan el término «droga» y otras expresiones más propias del uso de sustancias ilegales –como «drogadicta», «mono» o «enganche»– para referirse a su propio consumo.

Las mujeres fumadoras valoran su habituación tabáquica mayoritariamente en términos de dependencia y no de enfermedad, que sería el otro elemento preponderante en la construcción biomédica del problema del tabaquismo. Esto conlleva importantes implicaciones. Primero, en relación con los procesos de estigmatización y devaluación de la mujer fumadora, reafirmando los estereotipos de «mujer adicta», frecuentemente asociado a las mujeres que usan drogas. Y segundo, en lo que se vincula a las estrategias de abandono del consumo de tabaco, porque la creencia en la fuerza de la adicción hace menos probable que se *decida* dejar de fumar, porque es algo que escapa a su control. También, es menos probable recurrir a los servicios médicos en busca de apoyo como consecuencia de la estigmatización de la drogodependencia que opera más duramente en las mujeres. Se aprecia en los discursos de las mujeres fumadoras como un factor decisivo para dejar de fumar es la «voluntad», valorada como la única vía para superar un proceso adictivo. Y muchas de ellas se escudan en su «falta de voluntad» como justificación del mantenimiento de su hábito.

4.2. «Fumar está asociado con todas las cosas de la vida»: *Los beneficios del consumo de tabaco*

La adicción al tabaco es interpretada por las propias mujeres como una dependencia más «psicológica» que fisiológica. Pero si profundizamos en sus discursos y experiencias con el tabaco, descubrimos cómo lo psicológico está

enredado con lo social y que, sobre todo, esta dependencia se articula no tanto en relación a los efectos farmacológicos de la nicotina como a los beneficios sociales, emocionales y corporales derivados del consumo de cigarrillos:

«Pero, sobre todo, yo creo que es un hábito muy psicológico, que se asocia con todas las cosas de la vida, con un montón de cosas, ¿no? Pues se asocia con el café, se asocia con la conversación, se asocia con la capacidad de hablar mejor, se asocia con la capacidad para tranquilizarte. O sea, que es una cosa que es muy psicológica también. Es una asociación y tú estableces esa asociación con un montón de cosas cotidianas, normales en tu vida, ¿no?» (E15, 32 años, fumadora diaria, licenciada universitaria, en paro, vive con su pareja).

La dependencia al tabaco sólo puede ser entendida en el contexto social donde se desarrolla y toma sentido en conexión con las experiencias de los sujetos y la interpretación que éstos hacen de las mismas. El uso de drogas como práctica social adquiere formas y sentidos variables tanto en el tiempo como en el espacio, de manera que sus efectos, ventajas y utilidades –y el modo en el que son percibidos y valorados– dependen de circunstancias sociales y de los marcos estructurales y normativos de género. En el caso del consumo de tabaco, éste conlleva importantes ventajas y beneficios para las mujeres, situándose como una estrategia eficaz, accesible y altamente funcional para cubrir sus necesidades y expectativas en relación a las demandas de la feminidad y como respuesta al estrés derivado de la incompatibilidad de roles.

Fundamentalmente, pueden identificarse tres amplios conjuntos de beneficios para las mujeres. En primer lugar, los beneficios sociales, que son especialmente valorados por las fumadoras; de hecho gran parte de ellas se definen como «fumadoras sociales», incluso cuando su frecuencia de consumo es diaria e intensiva. Fumar presenta una utilidad social y emocional en relación con los sentimientos de pertenencia y sintonía social, que además incrementa la autoestima, la seguridad y el placer de las fumadoras en su interacción. Las mujeres entrevistadas afirman la importancia de fumar como práctica facilitadora de las relaciones sociales:

«A mí se me da mal lo de estar con mucha gente. En el plano social a mí me cuesta mucho relacionarme y con el cigarro es mucho más fácil porque si fumas: «Hola, ¿qué tal?, ¿tienes un cigarro?», «Vale gracias, no sé qué...». Y también cuando estás con el cigarro tampoco tienes que hablar tanto, mientras fumas, el humo, lo enciendes... a lo mejor preguntas cuatro cosas del tabaco... Es una forma de conocer gente». (E26, 23 años, fumadora ocasional, estudiante universitaria, vive con familia de origen)

Algunas de ellas cuentan que sus «recaídas» han tenido una causa social, al no saber «cómo relacionarse» sin fumar en circunstancias fuertemente estructuradas por el consumo de tabaco –contextos de ocio o ciertos ambientes de

estudio o de trabajo— o por «necesitar» esa ayuda en la relación social cotidiana. Para las mujeres, los beneficios sociales adquieren una dimensión especial al configurarse el cigarrillo como una herramienta de gestión corporal y social y de manifestación de ciertas expresiones de la feminidad. Aunque esta funcionalidad puede estar mutando en el contexto de creciente regulación de esta práctica y de devaluación de la persona fumadora.

Otro conjunto de beneficios se relacionan con los aspectos emocionales. Las mujeres valoran especialmente los efectos relajantes del tabaco y utilizan el cigarrillo para tranquilizarse y controlar su estrés. Pero hemos de situar las experiencias del estrés en sus marcos sociales y de género donde se desencadenan y se ubican las biografías personales. Las entrevistas analizadas revelan que las múltiples exigencias del éxito femenino en el terreno afectivo, corporal, social, académico y laboral —con frecuencia contradictorias— y los obstáculos y discriminaciones para alcanzar esas demandas desembocan en situaciones estresantes, o al menos expresadas como tales por las mujeres entrevistadas, que han derivado en la intensificación y cronificación de su consumo de tabaco. Es el caso del acceso a los estudios universitarios, pero sobre todo es la incorporación al mercado laboral —donde las mujeres ocupan posiciones más precarias e inestables— y los problemas de conciliación con las tareas domésticas y de cuidado los que marcan los usos del tabaco como «válvula de escape»:

«Es que tenía mucho estrés, pero mucho, mucho... Tenía en esa época, tres niños chicos y una cafetería... Pues eso era un estrés muy grande el que yo tenía... [...] Ahí sí que fumar me ayudaba a relajarme». (E10, 46 años, trabajadora de hostelería en paro, casada y con cuatro hijos).

El cigarrillo, a falta de otros recursos disponibles, se convierte en una herramienta eficaz y accesible para afrontar estos sentimientos: «*Es algo que siempre tienes ahí*». Pero, sobre todo, se trata de un consumo socialmente aceptado para afrontar el «malestar femenino», como también se observa con los usos de psicofármacos²⁸.

Otro conjunto de beneficios del consumo de tabaco y que adquiere una significación específica en un marco de género son los ligados al control del peso corporal. El argumento de «*prefiero seguir fumando a engordar*» está presente en la mayoría de los discursos de las mujeres, y de forma mucho más marcada entre adolescentes y jóvenes. La pérdida de este beneficio, en el contexto de una sociedad donde el modelo corporal de la delgadez se ha impuesto

28. ROMO, Nuria y GIL, Eugenia. «Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar», *Trastornos Adictivos* 8:4 (2006), pp. 243-50.

como clave del éxito femenino, no es fácil de asumir por las fumadoras. Esto se muestra, primero, en el rechazo a dejar de fumar por miedo a engordar, y segundo, en la vuelta al cigarrillo para recuperar el peso anterior cuando se ha engordado como consecuencia de su abstinencia.

«He dejado de fumar, varias veces. Así en serio, sin fumar, tres meses más o menos. [...] Pero volví a fumar porque empecé de exámenes en el instituto y tenía mucha ansiedad y entonces me dio por comer más y al comer más pues engordo más y volvemos al tema de la estética... Y dices: He engordado mucho y no quiero engordar más, y si sigo comiendo así, voy a seguir engordando. Sí que es una época, pero que me cuesta mucho trabajo adelgazar y paso».
(E25, 20 años, estudiante de FP, fumadora diaria, vive con familia de origen)

Como vemos el miedo a engordar, la necesidad de mitigar el estrés cotidiano y el consumo de tabaco se convierten, para muchas mujeres, en un triángulo retroalimentado del cual es difícil de escapar.

4.3. Mujeres + tabaco = Embarazo: *Creencias en salud y percepción de los riesgos*

Un interrogante que se puede plantear desde una postura eminentemente racional es cómo, a pesar del incremento del conocimiento y de la información sobre los efectos del consumo de tabaco en la salud, las mujeres continúan fumando. Además de las utilidades asociadas a los beneficios que fumar implica para las mujeres, es preciso explorar la percepción del riesgo de los efectos dañinos del consumo de tabaco y cómo esta percepción puede condicionar su posición frente al abandono de esta práctica.

En el discurso de las fumadoras se observan dos componentes. Primero, la creencia de que existe una *sobreinformación* sobre los efectos sobre la salud. Hasta tal punto que llega a perder su eficacia, como afirma una adolescente fumadora: «A mí no me van a quitar de fumar porque me pongan un anuncio de éstos: 'Mira estos son tus pulmones'. Ya lo sé, o sea, ya sé cómo son mis pulmones». Esta información se reduce fundamentalmente al cáncer de pulmón –enfermedad fuertemente estereotipada como masculina y adulta– por lo que las adolescentes y jóvenes no perciben este riesgo como probable ni inmediato.

Por otro lado, y paradójicamente respecto a la observación anterior, se advierte un amplio desconocimiento por parte de las mujeres fumadoras, especialmente de las más jóvenes, sobre los efectos concretos del consumo de tabaco sobre su salud y sus cuerpos más allá del embarazo. Es decir, cuando en la ecuación tabaco y salud se introduce el factor mujeres, entonces el resultado no es cáncer sino embarazo. Así, al preguntarse a las fumadoras por los efectos específicos del consumo de tabaco casi todas las respuestas se refieren

a su impacto sobre el feto en la época de gestación. Dejando a un lado la dimensión sexual-reproductiva, en las entrevistas realizadas no emergen otras preocupaciones sobre cómo el consumo de tabaco puede afectar a su salud. Pocas mujeres fumadoras conocen que, además de padecer cáncer de pulmón o dolencias cardíacas, tienen más probabilidad que las no fumadoras de sufrir cáncer cervical, tener más riesgo de adelantar la menopausia, padecer osteoporosis o sufrir ataques al corazón si se toman anticonceptivos²⁹. Sólo algunas fumadoras mayores de 45 años mencionan el riesgo de «tener problemas de huesos» y significativamente, muchas de ellas mencionan aspectos relacionados con el envejecimiento de la piel como secuela del consumo de tabaco en su salud.

La fuerte asociación entre tabaquismo y embarazo conlleva importantes consecuencias en la valoración global de los riesgos del consumo de tabaco. Primero, se entiende que los efectos del consumo de tabaco tiene sobre el cuerpo de la mujer son temporales, incidiendo en un período muy concreto: el embarazo. Pero, además, no afectan directamente a la mujer sino a la salud de su hijo o hija. Por esto, gran parte de las mujeres jóvenes afirman que dejarían de fumar, o al menos lo intentarían, en el momento de quedarse embarazadas: «Si yo me quedara embarazada dejaría de fumar, por supuesto. Me costaría la vida, pero lo dejaría».

Por otro lado, entre las mujeres entrevistadas que han sido madres, una parte reconoce que dejaron espontáneamente el consumo de tabaco al saber de su embarazo. La única estrategia con la que contaban era con su «fuerza de voluntad» y la principal motivación no causar daño a la criatura que esperaban:

«Yo cuando me quedé embarazada dejé de fumar por completo. Lo dejé por mí misma, no porque me lo dijera el médico. En el tiempo de embarazo no cogí ni un cigarro. En aquellos tiempos había bastante información. [...] Yo sabía que estaba embarazada y que fumar no era bueno para el niño y no fumé». (E8, 47 años, fumadora diaria, trabajadora en hostelería en paro, divorciada y con un hijo)

Las madres fumadoras entrevistadas no estiman los daños del consumo de tabaco como unos daños directos que puedan afectar a su propia salud, sino a la salud del hijo o hija que va a nacer. Esta percepción implica en la práctica se plantee el abandono del consumo de tabaco como un asunto estacional –circunscrito a los meses de embarazo y, posiblemente, al período de lactancia– y

29. ERNSTER, Virginia; KAUFMAN, Nancy; NICHTER, Mimi; *et al.* «Women and Tobacco: Moving From Policy to Action». *Bulletin World Health Organization* 78:7 (2000), pp. 891-901.

reversible. De este modo, muchas de ellas retornan al cigarrillo tras dar a luz y/o finalizar la lactancia:

«No me costó trabajo reducir el tabaco cuando estaba embarazada, porque yo pensaba más en mi hijo que en mí. Pero que cuando nació ya la niña y ya no le daba el pecho pues me desaté. Empecé fumar como fumaba antes o incluso más...» (E11, 43 años, fumadora diaria, limpiadora, casada y con una hija)

La presión social y médica para que dejen el consumo de tabaco genera grandes conflictos a las madres que intentan –si bien algunas son incapaces de dejar totalmente el tabaco– reducir su consumo para que perjudique lo menos posible a su bebé. El abandono del consumo de tabaco durante el embarazo se define así como una obligación moral y social de la madre si no quieren ser etiquetadas de «malas madres», como manifiesta la siguiente informante, embarazada en el momento de la entrevista:

«También es que nos comen mucho el tarro de malas madres, de cuidarte poco, de mala salud... Y máxime si estás embarazada, de no cuidar tu salud. [...] Las mujeres tenemos el hándicap éste... sobre todo del embarazo. Ahora mismo, yo casi no me atrevo a fumar en público... porque, no solamente porque yo me intento limitar, sino también por la gente. Y todavía no se me nota mucho, pero cuando esté más embarazada voy a sentir mucho más la censura de la gente. No sólo la que yo tengo, sino también la que voy a sentir del exterior, que la gente me va a mirar mal». (E15, 32 años, fumadora diaria, licenciada universitaria, en paro, vive con su pareja).

4.4. «Voy a necesitar ayuda»: Barreras institucionales para acceder a los recursos

A pesar de que las fumadoras entienden el abandono del consumo de tabaco en términos individuales y de resistencia psicológica, se percibe en su discurso la queja por la falta de apoyos sociales e institucionales que les faciliten este proceso. A este respecto, un sector de las mujeres entrevistadas –sobre todo las que ya llevan bastantes años fumando y han desarrollado un itinerario de altibajos en su consumo de cigarrillos– demanda «ayuda» para dejar el tabaco porque se ven incapaces de hacerlo por sí solas.

«Cuando yo diga de quitarme de fumar, yo sé que voy a necesitar ayuda. Porque yo muchas veces digo: «Ya no voy a fumar en este rato, el siguiente no me lo fumo». Y, a lo mejor, no me fumo ese cigarro, pero sí me fumo el siguiente y al momento me fumo otro para saber que yo he fumado». (E11, 43 años, fumadora diaria, limpiadora, casada y con una hija)

No se evalúan como suficientes los consejos de las autoridades sanitarias. Las fumadoras «ya saben» que fumar perjudica a su salud, pero lo que reclaman no es más información sino mecanismos y apoyos de ayuda que sean

accesibles y compatibles con sus rutinas y necesidades. La certeza de necesitar ayuda exterior para dejar el tabaco se concreta en algunos casos con la demanda y utilización de ciertos recursos como cursos o terapias específicas. Las escasas mujeres entrevistadas que se han interesado por éstos se han encontrado con la dificultad de conciliar la asistencia a estos programas con sus responsabilidades familiares y laborales:

«También me apunté a un cursillo que estaba organizado por un sindicato para ver quién quería quitarse fumar y yo me apunté y convencí a tres o cuatro para que se apuntaran y nos apuntamos, pero dicho curso nunca se llegó a dar. Pero por lo menos si te lo ponen a tu alcance a lo mejor lo intentas, pero ¿qué hay?, ¿la unidad ésa del R.A, la unidad de tabaquismo o algo de eso? Pero claro, eso funciona por la mañana, si tú estás trabajando no puedes estar continuamente pidiendo permiso... Pues si en los centros laborales se hicieran estos cursos, por lo menos lo intentas... Pero tampoco se incentiva eso. No está al alcance. Tú tienes que buscarlo y esforzarte y no se incentiva para nada en los centros de trabajo. Por lo menos, en el mío no. (E9, 46 años, funcionaria, fumadora diaria, casada y con dos hijas)

5. Conclusiones

El reduccionismo biomédico del consumo de tabaco al problema del tabaquismo ha eclipsado su complejidad como práctica social, donde además de factores farmacológicos y fisiológicos operan también factores sociales, culturales, económicos y políticos, y específicamente de género, que marcan su distribución diferente y desigual entre la población, tanto a la hora de adoptar esta práctica como de abandonarla. Dejar o no dejar el tabaco no puede entenderse como una cuestión meramente individual, sino que se trata de una cuestión que está estructurada socialmente y marcada por el género junto a la edad y la clase social. De esta forma determinados grupos sociales ocupan posiciones de ventaja y de desventaja frente al abandono de consumo de tabaco. Así, el abandono de consumo de tabaco se configura como un asunto principalmente masculino, adulto y de sectores socioeconómicos elevados. Como han mostrado otros estudios, el consumo de tabaco en las sociedades avanzadas está crecientemente asociado a la desventaja social y económica³⁰ y a las desigualdades de género³¹, lo que indica la persistencia de inequidades en el acceso a recursos y apoyos necesarios para poder dejar de fumar y que,

30. LAYTE, Richard y WHELAN, Christopher. «Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation». *European Sociology Review* 25 (2009), pp. 399-410.

31. JACOBSON, B. *Op. cit.*; GREAVES, L. *Op. cit.*; ZUCKER, A. y LANDRY, L. *op. cit.*; GRAHAM, H. *et al. Op. cit.*

en definitiva, se traduce en desigualdades en salud. Los varones, especialmente aquéllos de mayor estatus socioeconómico, tienen mayores oportunidades económicas y sociales para abandonar el cigarrillo y acceder a nuevos estilos de vida, además de contar con mayor información y apoyos sanitarios para rechazar el consumo de tabaco y acceder a prácticas saludables³². Sin embargo, para las mujeres dejar de fumar plantea mayores dificultades, que se acentúan entre las mujeres mayores de 45 años y de clases trabajadoras manuales y no cualificadas.

Además de las diferentes tasas de abandono entre los sexos, se observan también diferencias en las motivaciones de mujeres y hombres para suspender su consumo de tabaco que indican un desajuste en la provisión de apoyo sanitario. Así se observa en los desequilibrios de la influencia del consejo médico, que pueden deberse a varios factores: por la menor frecuencia de consejo a las mujeres o por su infravaloración por parte de las fumadoras, pero que en cualquier caso es un indicador de que la población femenina no se está beneficiando de forma equivalente de los efectos de las intervenciones sanitarias. Al mismo tiempo, la focalización de los esfuerzos sanitarios centrados en las mujeres en el embarazo puede contribuir a reforzar la idea bastante extendida entre las fumadoras de restringir la interrupción de su consumo de tabaco a la época de la gestación, entendiéndose así como una cuestión temporal y reversible y cargada de fuertes conflictos morales. Así también, es importante atender a las creencias sobre la adicción y a las autopercepciones respecto a la misma que manifiestan las mujeres fumadoras y que terminan reduciendo el proceso de abandono de consumo de tabaco a una «cuestión de voluntad»; lo que puede reforzar estereotipos acerca de la debilidad anímica de las mujeres y limitar la búsqueda o aceptación de recursos externos. En relación a esto último, emerge como un obstáculo que también puede impedir el acceso a los recursos institucionales los problemas de tiempo derivados de las dificultades de conciliación familiar y laboral.

Junto a las desigualdades de género en el acceso a los recursos facilitadores del abandono del consumo de tabaco, una potente barrera para no suspender

32. A este respecto, resultan enormemente interesantes las interpretaciones sociológicas sobre la difusión de las modas y los nuevos estilos de vida que indican cómo su distribución social está marcada por una jerarquización social donde las clases más altas (y entre éstas, los hombres) son las que acceden en primer lugar a las nuevas prácticas y cómo éstas las abandonan y las sustituyen por otras cuando se expanden por el resto de grupos sociales. SIMMEL, Georg, «La moda», en: *Sobre la aventura. Ensayos de estética*. Barcelona, Península, 2002. Así, el acceso a nuevos estilos de vida saludables se configura en las sociedades modernas como un importante elemento de distinción social. COLLINS, Randall: *Cadenas rituales de interacción*, Barcelona, Anthropos, 2009, pp. 397.

el consumo de tabaco entre las mujeres se encuentra en que esta práctica continúa siendo altamente compatible y útil para hacer frente a las exigencias de la feminidad y de los roles de género. Fumar comporta para las fumadoras importantes beneficios sociales, emocionales y corporales, incluso en la actual época de creciente devaluación social y estigmatización de esta práctica y de quienes la portan. Estos beneficios deben ser entendidos dentro de los marcos estructurales y normativos de género y en un contexto de desigualdad de recursos y oportunidades para acceder a estilos de vida alternativos definidos como saludables. Fumar se configura así como una herramienta accesible y especialmente eficaz para las mujeres para controlar el estrés cotidiano, modular la sociabilidad y mantener el peso corporal. Frente a estos beneficios, se observa una infravaloración de los riesgos del consumo de tabaco sobre la salud, que se ven reducidos al embarazo y a enfermedades fuertemente masculinizadas como es el cáncer de pulmón.

Las barreras de género asociadas a dificultades específicas de las mujeres para poder dejar de fumar no pueden obviarse en las políticas sanitarias, puesto que suponen un importante factor de inequidad en salud. Por ello, el análisis de género se convierte en una poderosa herramienta no sólo de diagnóstico y comprensión de los factores relacionados con el consumo de tabaco femenino sino también de intervención. El análisis de género puede ayudar a entender las especificidades del consumo de tabaco entre las mujeres, pero también a detectar sesgos androcéntricos y sexistas que pueden afectar a las políticas y prácticas sanitarias sobre consumo de tabaco. También es preciso atender a la reproducción y materialización de estos sesgos en las actitudes y creencias de las propias mujeres fumadoras que pueden dificultar su toma de conciencia en torno a los riesgos del consumo de tabaco sobre su salud y, en definitiva, su empoderamiento en salud. A este respecto es fundamental que las intervenciones sanitarias contribuyan a desmontar las creencias en torno a la adicción y el voluntarismo asociadas al abandono del consumo de tabaco y puedan ofrecer recursos que ayuden a contrarrestar los efectos perdidos del consumo de tabaco, concretamente en relación al control de peso y al manejo del estrés. Asimismo es prioritario combatir el esencialismo y los estereotipos sexistas que reducen la salud de las mujeres fumadoras al embarazo para contemplar adecuadamente los factores sociales y de género involucrados en los comportamientos adictivos³³, incorporando una visión holística de la salud de

33. ADRIAN, Manuella. «How Can Sociological Theory Help Our Understanding of Addictions?». *Substance Use & Misuse* 38 (2003), pp. 1385-423.

las mujeres³⁴, que a su vez reconozca la diversidad de experiencias femeninas y su intersección con otros ejes de desigualdad.

Referencias bibliográficas

- ADRIAN, Manuella. «How Can Sociological Theory Help Our Understanding of Addictions?». *Substance Use & Misuse* 38 (2003), pp. 1385-423.
- AGHI, Mira; ASMA, Samira; YEONG, Chng Chee *et al.*: «Initiation and Maintenance of Tobacco Use», en: Jonathan Samet y Soon-Young Yoon (eds.): *Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for Epidemic-Challenges for the 21st Century*. Geneva, World Health Organization, 2001, pp. 48-68.
- AMEZCUA-PRIETO, Carmen; ESPIGARES-RODRÍGUEZ, Elena; MOZAS-MORENO, Juan; *et al.* «Modificación del consumo de tabaco durante el embarazo: incidencia y factores asociados». *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 35:6 (2008), pp. 194-201.
- BAUMAN, Zygmunt y MAY Tim: *Pensando sociológicamente*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2009.
- BERRIDGE, Virginia. «Constructing Women and Smoking as a Public Health Problem in Britain: 1950-1990s». *Gender & History* 13:2 (2001), pp. 328-48.
- BOTTORF, Joan; JOHNSON, Joy; IRWIN, Lori y RATNER, Pamela. «Narratives of Smoking Relapse: The Stories of Postpartum Women». *Research in Nursing & Health* 23 (2000), pp. 126-34.
- CHRISTOFIDES, Nicola: «How to Make Policies More Gender Sensitive», en: Jonathan Samet y Soon-Young Yoon (eds.): *Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for Epidemic-Challenges for the 21st Century*. Geneva, World Health Organization, 2001, pp. 165-76.
- DEDOBBELEER, Nicole; BÉLAND, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; *et al.* «Gender and the Social Context of Smoking Behaviour». *Social Science & Medicine* 58:1 (2004), pp. 1-12.
- ERNSTER, Virginia; KAUFMAN, Nancy; NICHTER, Mimi; *et al.* «Women and Tobacco: Moving From Policy to Action». *Bulletin World Health Organization* 78:7 (2000), pp.891-901.
- FERNÁNDEZ, Esteve; SCHIAFFINO Ana; GARCÍA, Montse; *et al.* «Widening socio-economic inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997». *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (2001), pp. 729-730.

34. BOTTORF, Joan; JOHNSON, Joy; IRWIN, Lori y RATNER, Pamela. «Narratives of Smoking Relapse: The Stories of Postpartum Women». *Research in Nursing & Health* 23 (2000), pp. 126-34.

- FERNÁNDEZ, Esteve; SCHIAFFINO Ana; GARCÍA, Montse; *et al.* «Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud». *Medicina Clínica (Barc)* 120:1 (2003), p14-6.
- GRAHAM, Hilary y HUNT, Sonja. «Women's Smoking and Measures of Women's Socioeconomic Status in the United Kingdom». *Health Promotion International*, 9:2 (1994), pp. 81-88.
- GRAHAM, Hilary y DER, Geoff. «Patterns and Predictors of Tobacco Consumption among Women». *Health Education Research* 14:5 (1999), pp. 611-18.
- GRAHAM, Hilary; FRANCIS, Brian; INSKIP, Hazel; *et al.* «Socioeconomic lifecycle influences on women's smoking status in early adulthood». *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (2006) pp. 228-233
- GREAVES, Lorraine. *Smoke Screen: Women's Smoking and Social Control*. Fernwood Publishing, Halifax, 1996.
- GRITZ, Ellen; NIELSEN, Ingrid y BROOKS, Lisa. «Smoking Cessation and Gender: the Influence of Physiological, Psychological, and Behavioral Factors». *Journal of American Medical Women's Association* 51:1-2 (1996), pp. 35-42
- HUISMAN, Martijn; KUNST Anton; MACKENBACH, Johan. «Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income». *Preventative Medicine* 40 (2005), pp. 756-764.
- INHORN, Marcia, y WHITTLE, Lisa. «Feminism meets the "new" epidemiologies: Toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health». *Social Science & Medicine* 53 (2001), pp. 553-67.
- IM, Eun-Ok. «A feminist critique of research on women's work and health». *Health Care for Women International* 21 (2000), pp. 105-19.
- JACOBSON, Bobbie. *The Ladykillers: Why Smoking Is a Feminist Issue*. London, Pluto Press, 1982.
- JAGSI, Reshma; MOTOMURA, Amy; AMARNATH, Sudha; *et al.* «Under-representation of women in high-impact published clinical cancer research», *Cancer* 114:15 (2009), pp. 3293-3301.
- JANÉ, Mireia; NEBOT, Manel; BERJANO, B.; *et al.* «Factores determinantes del abandono del tabaquismo durante el embarazo». *Medicina Clínica (Barc)* 114 (2000), pp. 132-5.
- JANÉ, Mireia. 2004. «Mujeres y tabaco: aspectos ligados al género». *Adicciones* 16(Supl. 2):115-30.
- JARVIS, Martin. «Gender Differences in Smoking Cessation: Real or Myth?». *Tobacco Control* 3 (1994), pp. 324-28.
- LAYTE, Richard y WHELAN, Christopher. «Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation». *European Sociology Review* 25 (2009), pp. 399-410.
- LUNDBORG, Peter y ANDERSON, Henrik. «Gender, risk perception, and smoking behavior». *Journal of Health Economics*, 27 (2008), pp. 1299-1311.

- LI, Quian; DRESLER, Carolyn; HECK Julia; *et al.* «Knowledge and beliefs about smoking and cancer among women in five European countries». *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 19 (2010), pp. 2811-20.
- MACIEJEWSKI, Paul; FALBA, Tracy; *et al.* «Sex Differences in the Effects of Stressful Life Events on Changes in Smoking Status». *Addiction* 98 (2002), pp. 847-55.
- MARTÍNEZ-FRÍAS, María Luisa; RODRÍGUEZ-PINILLA, Elvira; BERMEJO, Eva y Grupo Periférico del ECEMC. «Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por año, comunidades autónomas y características maternas». *Medicina Clínica (Barc)* 125 (2005), pp. 86-92.
- NERÍN, Isabel. «El tabaquismo en la mujer: Una atracción fatal». *Archivos de Bronconeumonología*, 41:7 (2005), pp. 360-362.
- OAKLEY, Ann. «Smoking in Pregnancy: Smokescreen or Risk Factor? Toward a Materialist Analysis». *Sociology of Health & Illness* 11 (1989), pp. 311-335.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Geneva, OMS, 2003.
- OSLER, Merete; PRESCOTT, Eva; GODTFREDSSEN, Nina; *et al.* «Gender and Determinants of Smoking Cessation: A Longitudinal Study». *Preventive Medicine* 2 (1999), pp. 57-62.
- ROMO, Nuria y GIL, Eugenia. «Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar», *Trastornos Adictivos* 8:4 (2006), pp. 243-50.
- RUIZ CANTERO, Teresa; RONDA, Elena; y ÁLVAREZ DARDET, Carlos. «The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care». *Journal of Epidemiology & Community Health* 61 Suppl 2:ii (2007), pp. 11-16.
- WEDEN, Margaret; ASTONE, Nan y BISHAI, David. «Racial, ethnic, and gender differences in smoking cessation associated with employment and joblessness through young adulthood in the US». *Social Science and Medicine*, 62:2 (2009), pp. 303-316.
- WETTER, David; KENFORD, Susan; SMITH, Stevens; *et al.* «Gender Differences in Smoking Cessation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67:4 (1999), pp. 555-62.
- WALDRON, Ingrid. «Patterns and Causes of Gender Differences in Smoking». *Social Science & Medicine* 32:9 (1991), pp. 989-1005.
- ZUCKER, Alyssa y LANDRY, Laura. «Embodied Discrimination: The Relation of Sexism and Distress to Women's Drinking and Smoking Behaviours». *Sex Roles* 56 (2007), pp.193-203.