

DONA I TABAC

Informe
tècnic
sobre
l'hàbit
tabàquic
femení
a Catalunya



DONA I TABAC

Informe

tècnic

sobre

l'hàbit

tabàquic

femení

a Catalunya



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

© 2001 Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edita: Direcció General de Salut Pública
1a. edició: Barcelona, març 2001
Tiratge: 5.000 exemplars

Producció editorial: Prous Science, S.A.,

Queda rigorosament prohibida, sense l'autorització per escrit del titular del *Copyright*, sota les sancions establertes a les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, incloent-hi la reprografia i el tractament informàtic, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer o préstec públic.

Dipòsit legal: B-10.796-01

**Informe
del Consell Assessor
sobre Tabaquisme
a Catalunya**

DONA I TABAC

INFORME TÈCNIC SOBRE L'HÀBIT TABÀQUIC FEMENÍ A CATALUNYA

INFORME DEL CONSELL ASSESSOR SOBRE TABAQUISME A CATALUNYA

Edició

Lluís Salleras i Sanmartí

Direcció

Hèlios Pardell i Alentà

Coordinació

Mireia Jané i Checa

Esteve Saltó i Cerezuela

Grup de treball

Carmen Cabezas i Peña

Mireia Jané i Checa

Dolors Marín i Tuyà

Manel Nebot i Adell

Hèlios Pardell i Alentà

Esteve Saltó i Cerezuela

Montserrat Salleras i Redonnet

Susana Sans i Menéndez

Ricard Tresserras i Gaju

Han col·laborat

Carles Ariza i Cardenal

Lluïsa Balañà i Roldan

Elena Castellanos i Hernández

Domènec Gavalrà i Aran

Rafael Guayta i Escolies

Gemma Nieva i Rifà

Guillem Paluzie i Àvila

Josep Lluís Taberner i Zaragoza

Suport administratiu

M^e Antònia Pedro i Vilalta

CONSELL ASSESSOR SOBRE TABAQUISME A CATALUNYA

Ordre de creació de 20 de setembre de 1990, publicada al DOGC núm. 1331, de 5 d'octubre de 1990

Director general de Salut Pública:

Lluís Salleras i Sanmartí

President:

Hèlios Pardell i Alentà

Secretari:

Esteve Saltó i Cerezuela

Vocals representants d'institucions:

Josep Lluís Taberner i Zaragoza
Direcció General de Salut Pública

Pere Plans i Rubio
Direcció General de Salut Pública

Joan Colom i Farran
Direcció General de Drogodependències i Sida

Ricard Tresserras i Gaju
Institut d'Estudis de la Salut

Carmen Cabezas i Peña
Institut Català de la Salut

Anna Santaulària i Morros
Departament d'Ensenyament

Salvador Novell i Sala
Institut Català de Consum

Domènec Gavalrà i Aran
Institut Català de la Dona

Manel Nebot i Adell
Institut Municipal de la Salut

Raimond Cornudella i Mir
Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

Albert Agustí i Vidal
Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

Josep Vaqué i Rafart
Universitat Autònoma de Barcelona

Lluís Serra i Majem
Universitat de Barcelona

Glòria Tarín i Sabartés
Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya

M. Teresa Bassons i Boncompte
Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya

Antoni Font i Guiteras
Associació Espanyola Contra el Càncer

Vocals de designació directa:

Jordi Estapé i Rodríguez

Ramón Estopà i Miró

Dolors Marín i Tuyà

Carmen Muriana i Sáez

Andreu Prat i Marín

Pilar Roig i Cutillas


Antonio Salgado i Remigio

Miquel Sánchez i Turet

Índex

Presentació	1
1. Introducció	3
2. El tabaquisme femení i la salut	5
2.1. Problemes de salut no específics de gènere	5
2.1.1. Càncers	5
2.1.2. Complicacions cardiovasculars	10
2.1.3. Malaltia pulmonar obstructiva crònica	13
2.2. Salut reproductiva	16
2.3. Tabac i gestació	17
2.4. Altres problemes de salut	21
2.4.1. Manifestacions cutànies	21
2.4.2. Complicacions osteoporòtiques	24
2.5. Tabaquisme passiu	27
Punts clau	33
Bibliografia	34
3. El tabaquisme femení en la societat	47
3.1. Evolució històrica	47
3.2. Tabaquisme i desigualtats	56
Punts clau	60
Bibliografia	61
4. Epidemiologia del tabaquisme femení	63
4.1. Context internacional	63
4.2. L'hàbit tabàquic a Espanya	64
4.3. L'hàbit tabàquic en la població general de Catalunya	66
4.4. L'hàbit tabàquic en alguns grups professionals de Catalunya	72
4.5. Mortalitat, morbiditat i cost atribuïbles al tabac a Catalunya	75
Punts clau	82
Bibliografia	83
5. Característiques de l'hàbit tabàquic femení	85
5.1. Factors d'iniciació	85
5.1.1. Edat d'inici	85
5.1.2. Factors psicològics	86
5.1.3. Entorn social	88
5.1.4. Publicitat	90

5.2. Factors de manteniment	92
5.2.1. Utilitat percebuda	92
5.2.2. Dependència nicotínica	97
5.2.3. Manteniment del mercat femení	97
5.3. La cessació de l'hàbit tabàquic en la dona	99
5.3.1. Beneficis	99
5.3.2. Diferències de gènere	100
Punts clau	105
Bibliografia	106
6. Estratègies i polítiques de control del tabaquisme efectives per a la dona	111
6.1. Estratègies de cessació	111
6.2. Polítiques de prevenció i control	117
6.3. Acceptabilitat social	120
Punts clau	124
Bibliografia	125
7. Recomanacions	129



Presentació

Des de la publicació del primer informe "El tabaquisme a Catalunya", l'any 1983, les grans intervencions antitabàquiques del Departament de Sanitat i Seguretat Social han anat precedides de la preparació dels documents tècnics pertinents, que avaluessin les actuacions endegades des del punt de vista de l'evidència científica del moment.

Amb motiu de la implementació de la campanya actual "Dona i Tabac" s'ha seguit la mateixa línia, i el Grup de Treball del Consell Assessor sobre Tabaquisme a Catalunya, sota la dependència del director general de Salut Pública, ha preparat aquest informe tècnic que tinc l'honor de prologar, on es poden trobar les raons fonamentals que justifiquen una campanya com la proposada.

Tanmateix, no vull deixar de remarcar les raons polítiques de pes que ens han orientat en la preparació d'aquesta campanya. Els problemes de salut de la dona han esdevingut una preocupació prioritària per als governs i institucions de tot el món, i els derivats del tabaquisme femení constitueixen un cas especial, en funció de la incorporació creixent de la dona a l'hàbit tabàquic a unes edats cada cop més precoces. Atès el pes que la dona tradicionalment ha tingut a la societat catalana, des de la perspectiva sanitària no podíem passar per alt una oportunitat com la que ens ofereix el camp de la lluita contra el tabaquisme femení.

I és que a Catalunya, com a tots els països desenvolupats del món occidental, aquella tendència és especialment aparent en els últims lustres, la qual cosa ha provocat que, actualment, la proporció de dones fumadores en edats de 15 a 64 anys sigui del 30,7%.

Si fa uns 15 anys el Departament posava en pràctica una campanya específicament adreçada a la dona embarassada, avui volem dirigir el nostre missatge de salut a la dona en general, promovent uns estils de vida que li permetin gaudir d'una vida més llarga i saludable sense fum.

Estic convençut que haurem fet un bon servei a totes les dones de Catalunya, en benefici de les quals seguirem actuant des del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Eduard Rius i Pey
Conseller de Sanitat i Seguretat Social

1. Introducció

Els primers estudis sobre tabaquisme femení vénen dels anys cinquanta. Tanmateix, la seva sistematització solament s'ha produït en els darrers lustres arran de la preeminència que han assolit les iniciatives centrades en la salut de la dona, la qual havia estat sistemàticament poc tinguda en compte en els grans estudis epidemiològics clàssics.

Amb aquests antecedents i per tal de proporcionar una selecció dels materials disponibles que aportés raons de pes al disseny i l'orientació de la campanya del Departament de Sanitat i Seguretat Social "Dona i Tabac", el director general de Salut Pública va demanar al Consell Assessor la preparació d'un informe tècnic, per a l'elaboració del qual es va constituir un Grup de Treball *ad hoc* que ha estat el responsable de la seva redacció.

Com hom pot comprovar, el Grup de Treball ha procedit a la selecció dels materials disponibles més rellevants, avalats pel prestigi professional de llurs autors, la qual cosa confereix al text una garantia d'objectivitat i qualitat indubtables.

Els grans capítols de l'informe recullen resumidament els aspectes més importants de la qüestió, des dels històrics fins als sociològics, epidemiològics i sanitaris, i es passa revista a les estratègies actualment recomanables per a lluitar eficaçment contra els estralls de l'epidèmia tabàquica en la dona, en el marc d'una política de prevenció i control del tabaquisme femení.

Globalment considerada, aquesta política no difereix substancialment de la preconitzada per a la població en conjunt. Tanmateix, com es pot veure al llarg del text, hi ha característiques específiques que justifiquen amb escreix l'abordatge selectiu del tabaquisme femení, una preocupació actual de tots els governs i institucions sanitàries nacionals i internacionals.

El Grup de Treball i el Consell Assessor en conjunt esperen que l'informe serveixi com a material de consulta per a tothom que estigui interessat en el tema, a més a més d'acomplir el mandat del director general de Salut Pública del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

2. El tabaquisme femení i la salut

2.1. Problemes de salut no específics de gènere

2.1.1. Càncers

Les primeres dades que confirmaven l'efecte del tabac sobre el càncer van començar a aparèixer fa 40 anys amb els treballs de Wynder¹ als Estats Units i de Doll² a la Gran Bretanya, entre d'altres. Malgrat la contundència de les evidències que relacionaven el tabac amb el càncer, els autors dels treballs van haver de superar no tan sols les desqualificacions de la indústria tabaquera, sinó també les reticències dels propis companys de professió³. Inicialment les dones van ser excloses dels seus efectes, probablement pel fet que l'epidèmia de les malalties relacionades amb el tabac, fonamentalment el nombre de morts per càncer de pulmó era molt superior en els homes que en les dones. El mateix estudi cas-control pioner de Wynder de càncer de pulmó estava compost per 644 homes i només 40 dones. No va ser fins a l'informe publicat als Estats Units de l'US Surgeon-General de 1980, *"The health consequences of smoking for women"*, que s'exposa clarament que les dones no són immunes als efectes del tabac. També s'ha demostrat que els efectes, com ara presentar doble mortalitat en els fumadors, són com a mínim iguals als dels homes si la durada i la intensitat de l'hàbit tabàquic són les mateixes⁴.

El fum del tabac conté, a més a més de la nicotina i el monòxid de carboni, milers de productes químics amb activitat carcinògena, entre els quals destaquen els hidrocarburs aromàtics policíclics —grup al qual pertany el benzopirè—, les nitrosamines, les amines aromàtiques, el benzè i el clorur de vinil, a més de nombrosos gasos i partícules irritants, derivats nitrogenats, amoníac, etc. S'ha observat que el benzopirè, en ser absorbit en certs teixits, pateix unes determinades transformacions que formen uns metabòlits amb capacitat d'unir-se a l'ADN. D'aquesta manera poden donar lloc a errors en la replicació que determinen mutacions puntuals, la qual cosa pot representar l'inici d'un procés de transformació neoplàstica⁵.

No hi ha diferències entre homes i dones en els tipus de càncers relacionats amb el tabac. A més a més del càncer de pulmó, el fet de ser una dona fumadora és un

factor de risc per patir càncer de cavitat oral, faringe, laringe, esòfag, bufeta, pàncrees i mama⁶, als quals s'afegirien un grup de càncers amb una associació més dèbil amb el tabaquisme, com ara els de ronyó, cèrvix, estómac, còlon i recte⁷.

Càncer de pulmó

Els estudis epidemiològics han determinat que el tabaquisme origina el 80% dels càncers de pulmó en les dones⁸. A la majoria de països d'Europa el pic màxim de mortalitat l'han assolit la cohort d'homes nascuda entre 1900 i 1930 i la de dones de Dinamarca i la Gran Bretanya, principals països on l'epidèmia de càncer de pulmó ha arribat als nivells més alts en les dones⁹. El càncer de pulmó va sobrepassar el de mama l'any 1986 als Estats Units, convertint-se en la primera causa de mort per càncer⁸. A Catalunya encara no s'ha observat un increment en la taxa de mortalitat per càncer de pulmó¹⁰. El 1983 la taxa de mortalitat per a totes les edats per càncer de mama era de 24/100.000 habitants i de 30/100.000 el 1996. La de càncer de pulmó era de 7 i 8/100.000 el 1983 i 1996, respectivament, la qual cosa indicava una relativa estabilitat a diferència de la dels homes, que ha continuat creixent entre 1983 (52/100.000) i 1996 (78/100.000)¹¹. Un estudi en hospitals de Barcelona va demostrar que, malgrat la baixa incidència de càncer de pulmó en les dones a Catalunya, el risc de patir la malaltia és el que s'esperaria d'acord amb el patró de consum observat¹².

Alguns estudis epidemiològics i bioquímics han suggerit que les dones tenen més susceptibilitat per patir càncer de pulmó com a conseqüència del tabaquisme. Les dones tendeixen a fumar menys cigarretes, inhalar amb menys intensitat i començar a fumar més tard que els homes, però quan es té en compte l'exposició acumulada s'ha observat que les dones tenen un risc una vegada i mitja més alt que els homes en cada nivell d'exposició i en diferents tipus histològics¹³. En canvi, el seguiment a Dinamarca —que té un patró similar de consum de cigarretes en ambdós sexes— d'una cohort de 30.000 homes i dones entre 1964 i 1992, amb un gran nombre de dones fumadores importants, no va trobar diferències de risc entre homes i dones després d'ajustar per consum de cigarretes i durada de l'hàbit, obtenint un risc 20 vegades superior en els fumadors i fumadores importants en relació amb els no fumadors¹⁴. Més recentment, un estudi amb broncoscòpies va observar que les dones (fumadores i exfumadores importants) tenien una prevalença més baixa de lesions displàstiques, i en menor nombre, quan hi eren, que els homes.

A Catalunya i Espanya les dones no varen començar a fumar massivament fins fa poc temps, de tal manera que hi ha molt poques dones nascudes abans de 1940 exposades a l'hàbit de fumar¹⁵. Per tant, malauradament hom esperaria que la mateixa epidèmia que estan patint les dones d'Amèrica del Nord i Europa afecti les dones catalanes però amb una diferència d'uns 30 anys¹⁶. La difusió del

coneixement dels efectes nocius del tabac en la societat i certes diferències en la forma de consum poden esmorteir les conseqüències, però l'evolució actual del tabaquisme en les dones fa pensar que Catalunya no s'escaparà de l'increment en el càncer de pulmó a partir del canvi de segle¹⁷.

Càncer de cavitat oral, faringe, laringe i esòfag

Després del càncer de pulmó, representen el grup de càncers més relacionats amb el tabaquisme. Segons les dades de l'estudi ACS CPS-II —estudi promogut per la Societat Americana del Càncer de seguiment d'un milió de ciutadans dels Estats Units per veure els efectes del tabac sobre la mortalitat—, el risc relatiu (RR) de presentar algun dels càncers del tracte digestiu i respiratori superior observat als sis anys de seguiment en els fumadors en relació amb els que mai han fumat amb regularitat és pràcticament igual en les dones (RR=6,95) que en els homes (RR=7,87). Els autors consideren que en les dones el risc pot augmentar en el futur, ja que al començament hi havia poques dones fumadores en els grups de més edat i cada vegada s'incorporaran en aquests grups més dones que han fumat al llarg de tota la seva vida¹⁸.

Una situació especial es presenta en algunes cultures d'Àsia on hi ha el costum de consumir tabac d'altres formes, com ara mastegant-lo o fins i tot situant l'extrem incandescent a l'interior de la boca. Aquest tabaquisme sense fum és un hàbit característic de les dones del sud-est asiàtic, de tal manera que s'ha associat amb el 85% a 90% dels càncers de cavitat oral en les dones de la zona. És el cas de Bangalore i Madràs, ciutats de l'Índia on les dones tenen les taxes d'incidència més altes del món de càncer de la cavitat oral, molt superiors a les dels homes. En canvi, la incidència de càncer de pulmó és molt baixa, en concordança amb el patró de consum de tabac en aquestes ciutats⁶.

El tabaquisme s'associa de forma marcada al risc de càncer d'esòfag, com així ho confirma un recent estudi que analitza conjuntament diversos estudis cas-control de càncer d'esòfag¹⁹. Malgrat que la magnitud de l'associació trobada és inferior en les dones que en els homes, la relació de consum moderat d'alcohol i tabac té un efecte multiplicador que es manifesta superior en les dones i incrementa el risc fins a 19 vegades, per 12 vegades en els homes.

Càncer de pàncrees

Hi ha pocs estudis que hagin diferenciat el risc del tabaquisme per sexes. En un estudi cas-control amb casos incidents de càncer de pàncrees es va observar un

risc de 2,3 i 1,6 en dones i homes fumadors, respectivament, amb intervals de confiança per sobre de la unitat. També es va evidenciar una relació dosi-resposta positiva d'acord amb els anys d'exposició, però només en les dones²⁰. El seguiment d'una cohort de més de 100.000 infermeres als Estats Units (*Nurses' Health Study*) ha identificat un risc 2,2 vegades superior per patir càncer pancreàtic en les dones actualment fumadores en relació amb les no fumadores, i s'ha observat també que el risc pràcticament desapareixia només dos anys després de deixar de fumar²¹.

Càncer de bufeta

Segons el Registre de Càncer de Tarragona²² el càncer de bufeta en les dones té una incidència de 7/100.000 habitants, cinc vegades més baixa que en els homes. En un estudi cas-control multicèntric²³ en el qual participaven hospitals de Catalunya, es va observar que els homes fumadors tenien un risc de tres a quatre vegades superior al dels no fumadors, sense poder esbrinar el risc de tabaquisme en les dones a causa del seu baix nivell d'exposició, ja que només fumaven quatre dones de les 59 incloses a l'estudi. El risc atribuïble pel consum de cigarretes per patir càncer de bufeta és molt més baix en les dones, amb una estimació del 17% per un 56% en els homes²⁴.

Càncer de ronyó

A l'estudi cas-control de McLaughlin²⁵ sobre 1774 casos d'adenocarcinoma renal de cinc països s'obté un risc relatiu de 2,1 en el cas dels fumadors de 20 cigarretes diàries en relació amb els que no han fumat mai. Doll⁷, en la revisió que fa dels càncers amb una relació dèbil amb el tabaquisme, adjudica un risc al voltant del doble en els fumadors importants. Més recentment, un estudi cas-control²⁶ ha determinat que el risc atribuïble poblacional del tabac per patir càncer de ronyó és del 27% en els homes però només del 10% en les dones, en les quals considera més importants la hipertensió i l'obesitat.

Càncer d'estómac

El tabaquisme és un factor de risc menor per al càncer gàstric. Els resultats d'una metaanàlisi realitzada per l'IARC²⁷ suggereixen un risc de càncer d'estómac entre els fumadors un 1,5-1,6 més alt en relació amb els no fumadors, però que es mani-

feita superior en els homes (RR=1,59) que en les dones (RR=1,11). Malgrat no constituir un excés de risc important, la seva presència pot actuar sinèrgicament amb els elements presents en els aliments causants del càncer gàstric⁷.

Càncer de còlon i recte

El tabaquisme s'ha relacionat amb la presència d'adenomes colorectals, però no s'ha pogut associar al càncer colorectal⁷.

En el cas del càncer anal s'ha observat en les dones premenopàusiques que el tabaquisme incrementa fins a cinc vegades el risc de càncer anal en relació amb les no fumadores, mentre que no mostrava cap associació ni en les dones postmenopàusiques ni en els homes. Com que la mucosa anal és una àrea sensible als estrògens s'ha suggerit un probable efecte antistrogènic del tabac com a explicació de l'associació d'aquest amb el càncer anal en dones premenopàusiques²⁸.

Càncer de mama

Malgrat que s'han trobat mutàgens específics del tabac als fluids de la mama de dones no gestants, s'ha suggerit que el tabaquisme pot ser un factor protector per el desenvolupament dels càncers estrogenodependents com el càncer de mama, ja que s'ha observat que les dones fumadores presenten una menopausa avançada a les no fumadores i uns valors més baixos d'estrògens durant la fase luteínica del cicle ovàric^{29, 30}. Els estudis epidemiològics havien obtingut resultats discrepants en l'associació del tabaquisme i el risc de càncer de mama³¹⁻³³, amb riscos relatius entre 1 i 2, però cap havia observat un efecte protector significatiu.

Un estudi de casos i controls va aconseguir demostrar que l'associació del tabac amb el càncer de mama es donava tant en dones premenopàusiques com postmenopàusiques fumadores d'un paquet o més al dia, i també amb independència que fos un tumor amb la presència o no d'un receptor específic estrogènic³⁴. Es continua investigant sobre aquest tema, i recentment s'ha proposat un complex model de desenvolupament del càncer de mama que combina l'efecte cancerigen amb l'acció antistrogènica del tabac³⁵. Segons el model, l'efecte cancerigen dels mutàgens del tabac, tant en exposició activa com passiva, seria superior en períodes de desenvolupament de la glàndula mamària, que es compensaria parcialment amb l'acció antistrogènica. El model també determina una definició de risc més complexa, segons que l'exposició al tabac (activa o passiva) hagi ocorregut abans o després de la maduració sexual, del primer embaràs o de la menopausa.

Càncer de cèrvix

Els estudis epidemiològics havien observat una associació del tabaquisme amb el risc de càncer de cèrvix de fins a un màxim de dues vegades. Això estava avalat per la detecció de carcinògens específics del tabac com les *N*-nitrosamines en el moc cervical de dones fumadores i no fumadores³⁶. Aquesta associació semblava causada per factors de confusió⁷, ja que al tenir en compte l'exposició al papil·lomavirus l'associació del tabaquisme no es presentava en les dones que eren positives al virus³⁷. Fins i tot es va suggerir una possible interacció de la presència del papil·lomavirus i el tabac³⁸. Més recentment s'ha apuntat la hipòtesi del tabaquisme com a factor independent associat al càncer de cèrvix (apartat 2.2. del capítol 2, pàg. 16). En qualsevol cas, possiblement les dones infectades es poden beneficiar d'una reducció de la malaltia en cas d'abandonament del tabac.

Càncer endometrial

Com que s'ha demostrat una activitat antistrogènica³⁰ per part del tabac i el càncer d'endometri està associat amb l'estimulació estrogènica, es pot esperar una reducció del risc en les dones fumadores. Alguns estudis epidemiològics han observat una reducció mínima del risc, tot i que no assoleix significació estadística³⁹. Malgrat el benefici, el conjunt de perjudicis que ocasiona el tabaquisme sobre la salut supera en molt els beneficis, i de cap manera es pot recomanar el consum de tabac per reduir l'acció estrogènica.

2.1.2. Complicacions cardiovasculars

La majoria de les accions del fum del tabac sobre l'aparell circulatori no són específiques de gènere. Així, les alteracions fisiopatològiques apareixen per igual en l'home i la dona, induïdes bàsicament per la nicotina i el monòxid de carboni, que afavoreixen l'aparició i desenvolupament precoços de la lesió arteriosclerosa, les lesions miocàrdiques i les altres complicacions cardiovasculars. Aquestes consisteixen fonamentalment en hipoxèmia, alteracions hemorreològiques, de la cel·lularitat sanguínia i de l'hemostàsia, dislipèmia, intolerància a la glucosa, alteracions hormonals diverses, lesió endotelial, estrès hemodinàmic, alteracions de les prostaglandines i del tromboxà, i tot el conjunt d'anomalies derivades de l'activació simpàtica. Tampoc no són diferents en la dona els incre-

ments de risc generals per a patir una malaltia cerebrovascular, un aneurisma aòrtic o una hipertensió maligna, proporcionals a la intensitat i durada de l'hàbit i al grau d'inhalació del fum, ni les sinergies amb altres factors de risc en general⁴⁰. Tanmateix les accions dels components del fum del tabac sobre la dona ofereixen algunes característiques diferencials pel que fa a la intensitat del risc i a la seva especificitat.

Intensitat del risc

El risc de patir una malaltia coronària és superior en el cas de la dona fumadora. Així, per exemple, el risc d'infart de miocardi mortal i no mortal arriba a ser entre 2,5 i 7,0 vegades superior en la dona que fuma, mentre que en el cas de l'home és del voltant de 2,0^{41, 42}.

El mateix es pot dir del risc derivat de l'associació de l'hàbit tabàquic amb la diabetis, el qual, en el cas de la dona, assoleix una intensitat extraordinària (entre 16 i 24 vegades superior al de la no fumadora i no diabètica), incomparablement superior al de l'home. En el cas de la hipercolesterolèmia, la taxa de malaltia coronària ajustada per edat s'incrementa de forma important si la dona fuma, mostrant un gradient dosi-resposta⁴³ (Fig. 2.1.).

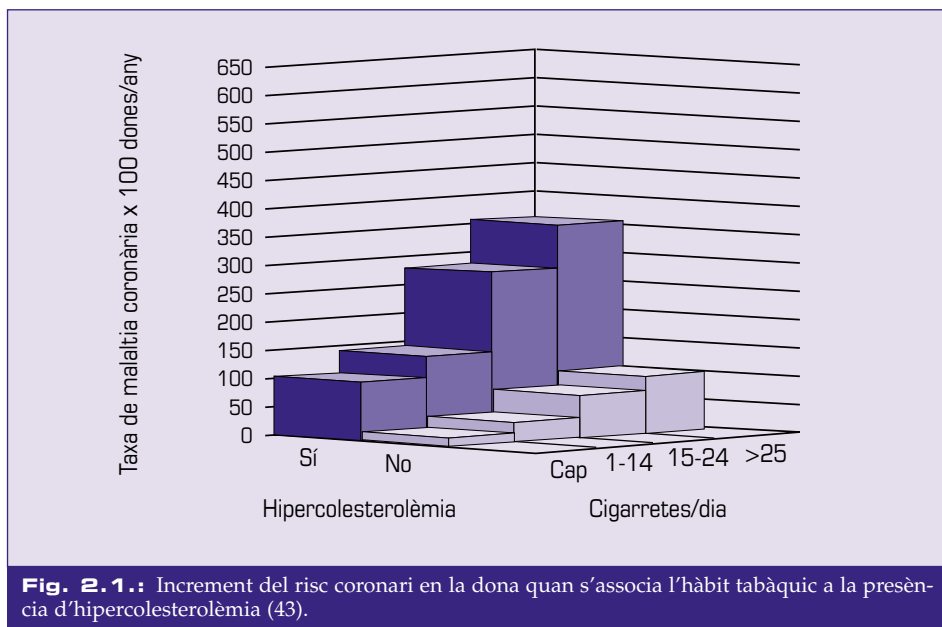


Fig. 2.1.: Increment del risc coronari en la dona quan s'associa l'hàbit tabàquic a la presència d'hipercolesterolèmia (43).

Riscs específics

En el cas de l'infart de miocardi, la dona fumadora que alhora pren anticonceptius orals veu incrementat el risc fins a 20 vegades, molt especialment en el grup d'edat per damunt dels 35-40 anys^{44, 45}.

Un increment de risc extraordinari també es produeix en el cas de la dona fumadora que pren anticonceptius orals, pel que fa a l'hemorràgia subaracnoïdal. En algun estudi aquest augment és de fins a 22 vegades en relació a la no fumadora ni tractada amb anticonceptius⁴⁶. També s'han descrit augments de risc de fins a 9 vegades en el cas de l'accident cerebrovascular isquèmic o trombòtic^{47, 48}.

Mecanismes explicatius

Les diferències abans esmentades no resten explicades del tot, atès que les dades són contradictòries o insuficients en molts casos com a resultat de la manca de recerca sistemàtica sobre la dona fins fa pocs anys. Solament alguns aspectes concrets semblen clars i gaudeixen d'una acceptació general.

Tocant als aspectes no concloents, cal esmentar la influència de condicionants genètics, els quals, ara com ara, som lluny d'entendre en tot el seu pes, ja que la investigació bàsica se n'ha ocupat poc. Tot i així, hi ha prou indicis per a pensar que algunes distincions genètiques poden condicionar les diferències de risc cardiovascular observades en la dona⁴⁹.

Un altre aspecte controvertit és la presència de factors de risc cardiovascular. Efectivament, diversos estudis han proporcionat informació contradictòria sobre aquest punt: mentre que alguns autors han trobat diferències significatives entre homes i dones⁵⁰, altres s'inclinen per la no-diferència entre sexes^{49, 51}. De fet, en una àmplia anàlisi que inclou 46 comunitats procedents dels estudis internacionals MONICA i ARIC, els autors no han trobat diferències significatives entre ambdós sexes, llevat de l'obesitat i el tabaquisme, que eren les dues úniques variables que contribuïen de manera significativa a explicar el model⁵².

Ben al contrari, on hi ha acord unànime és en el paper protector dels estrògens pel que fa al risc cardiovascular de la dona⁵³ i en el paper negatiu que exerceix l'hàbit tabàquic sobre aquest efecte protector, tant en el període premenopàusic com postmenopàusic⁵⁴. D'aquí es deriva, d'una banda, la pèrdua de l'efecte protector cardiovascular del reemplaçament estrogènic^{55, 56}; d'una altra, el fet que només en les dones fumadores s'observa una significativa associació entre l'aparició precoç de la menopausa i l'augment de risc cardiovascular⁵⁷; i, finalment, el fet que únicament les dones fumadores presenten un risc elevat de complicacions cardiovasculars quan prenen anticonceptius orals^{47, 56}.

2.1.3. Malaltia pulmonar obstructiva crònica

Com afecta el tabac al pulmó?

El fum del tabac és un aerosol compost de petites partícules dispersades en una fase gasosa. Les partícules que componen aquest aerosol tenen una mida que varia entre 0,01 i 1,3 μm . Per tant, quan són inhalades es distribueixen per tot el pulmó i arriben fins a l'espai alveolar. Aquest fum està compost per una gran quantitat d'elements dels quals es coneixen no menys d'uns 4000.

Nombroses malalties agrupades sota la denominació de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) són degudes als components del fum del tabac que provoquen estasi ciliar, produeixen hipersecreció, hiperproducció d'agents oxidants i canvis en l'estructura física i química del moc, i irriren bronquis i bronquíols causant la inflamació de la membrana bronquiolar i alteracions del teixit conjuntiu pulmonar⁶.

Fumar és el factor de risc més important per a l'MPOC d'homes i dones en els països desenvolupats, però la contaminació atmosfèrica de les ciutats i de dins les cases per brasers o focs sense sortida de fums també és un factor important per a les dones de països actualment en desenvolupament⁶.

Definició de la malaltia pulmonar obstructiva crònica

Es defineix com un estat caracteritzat per la presència d'obstrucció al flux aeri deguda a bronquitis crònica o emfisema. Generalment l'obstrucció és progressiva, pot anar acompanyada per una hiperreactivitat de les vies aèries i pot ser parcialment reversible⁵⁸. La bronquitis crònica es defineix clínicament per l'augment crònic o recurrent de les secrecions bronquials suficient per causar expectoració. Aquestes secrecions són presents la majoria dels dies com a mínim tres mesos a l'any, durant almenys dos anys seguits, i no poden ser atribuïdes a cap altra alteració cardíaca o pulmonar. La hipersecreció pot ser present en absència de limitació del flux aeri. L'emfisema és definit anatòmicament per una dilatació destructiva i permanent dels espais aeris distals dels bronquíols, sense fibrosi evident. La pèrdua de les unions alveolars a les vies aèries contribueix a la seva estenosi⁵⁹. L'MPOC és una malaltia predominant en fumadors, però només un 15%, sense diferències entre homes i dones i dependent de factors individuals de susceptibilitat, desenvolupa una obstrucció al flux aeri incapacitant⁶⁰.

Història natural de la malaltia pulmonar obstructiva crònica

En l'estudi fet durant els anys 1961 a 1969 per Fletcher i Peto⁶¹ publicat el 1976 s'escull la mesura del volum espiratori màxim en un segon (FEV_1 , *forced expiratory volume in one second*) per descriure l'evolució dels canvis. De fet, el FEV_1 és la dada més freqüentment emprada en estudis epidemiològics perquè està clarament associada amb els canvis clínics incapacitants de l'MPOC⁶². La funció ventilatòria augmenta amb l'edat fins arribar a un màxim entre els 20 i 25 anys. A partir d'aquest moment comença una caiguda lenta. La pèrdua de FEV_1 en una persona sana no fumadora és de 25 ml per any; en una fumadora seria de 50 ml per any. Aquest descens en els fumadors i fumadores susceptibles arribaria a una pèrdua de 100 ml per any. Si una persona fumadora susceptible deixa de fumar no recobra la seva funció pulmonar, però la taxa posterior de pèrdua del FEV_1 retorna a la normalitat. Això és important per a la prevenció de la gravetat de l'MPOC, perquè si es fa un cribatge de la funció pulmonar de persones fumadores adultes joves i es confirma una reducció d'aquest paràmetre per sobre de l'esperada per l'edat, pot ser un argument poderós per recomanar deixar de fumar^{61, 63}. La detecció de fumadores susceptibles no és fàcil. Excepte per la deficiència d'alfa-1-antitripsina, no hi ha tests de laboratori que puguin detectar-les. Una infantesa amb infeccions respiratòries repetides i una història familiar positiva s'han associat a una susceptibilitat individual més alta al tabac⁵⁹.

Mortalitat i morbiditat per malaltia pulmonar obstructiva crònica

Les taxes de mortalitat per MPOC varien molt entre països. Tot i que aquestes variacions poden ser degudes a diferències en l'exposició als factors de risc, també els problemes metodològics en la codificació de la causa de mort en els certificats de defunció —per exemple, la inclusió o no de les morts per asma— compten en l'alta variació entre els països^{64, 65}. A Europa la mortalitat per MPOC en dones més grans de 55 anys està augmentant. A Anglaterra i Gal·les l'increment anual és al voltant del 8% a 9%, i també a França, Holanda i Escòcia les tendències van en augment. Els estudis de projecció de la mortalitat preveuen un increment en les taxes de mortalitat per MPOC en el futur a Europa¹⁸.

No hi ha estadístiques de morbiditat fiables per MPOC en tot Europa, tot i que hom suggereix un subdiagnòstic en la població general, amb només un 25% de casos diagnosticats^{59, 66, 67}. La morbiditat per MPOC és més comuna en homes que en dones i s'incrementa amb l'edat^{68, 69}.

Malaltia pulmonar obstructiva crònica en la dona

Dades recents demostren una tendència creixent a fumar entre les dones catalanes sobre tot en els grups d'edat més joves, a diferència d'altres països on la prevalença està baixant⁷⁰ (Fig. 2.2.). Això pot influir en futures evolucions de la morbiditat per MPOC.

Hi ha autors que diuen que les dones poden ser més susceptibles a desenvolupar una MPOC quan s'exposen a factors de risc com el tabac⁵⁹. S'ha suggerit que els efectes adversos de fumar sobre la funció pulmonar són pitjors en les dones: pèrdua del FEV₁ entre 10,5 i 7,4 ml per paquet/any en les dones fumadores que inhalen el fum, i entre 8,1 i 6,3 ml per paquet/any en els homes en les mateixes condicions^{71, 72}.

Als Estats Units la morbiditat per MPOC ha augmentat significativament en les dones, mentre que roman gairebé constant en els homes. Les tendències en la prevalença de l'MPOC —estable o disminuint en els homes i augmentant en les dones— són conseqüents amb els canvis en l'hàbit de fumar d'ambdós sexes^{68, 73}.

La prevalença de bronquitis crònica entre fumadores augmenta amb el nombre de cigarretes fumades per dia. En les dones s'ha demostrat una estreta relació entre l'hàbit de fumar i la tos crònica o producció d'espit. Aquests símptomes també augmenten amb relació al nombre de paquets de cigarretes fumats al

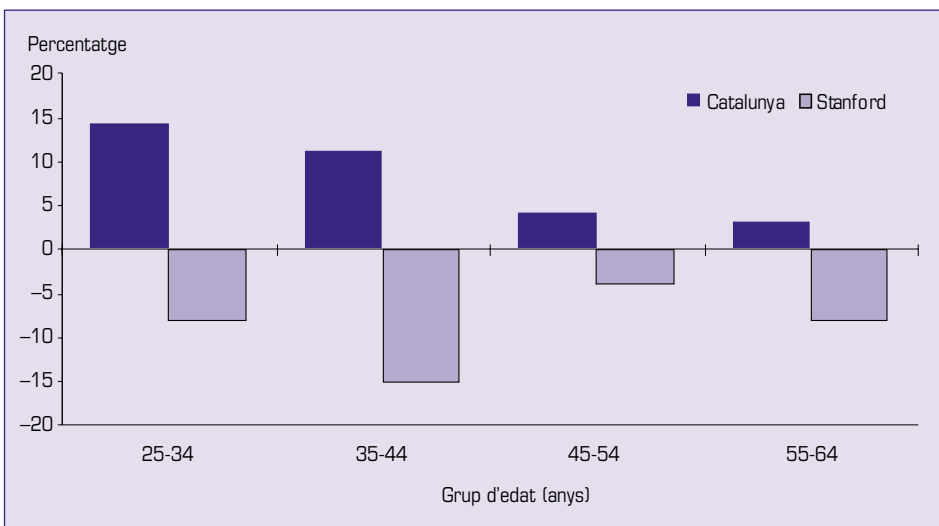


Fig. 2.2.: Comparació de les tendències en cinc anys en la dècada dels vuitanta (variació absoluta) en la prevalença (%) de fumadores de cigarretes per grup d'edat, entre les dones de les àrees MONICA d'Stanford (EE.UU.) i Catalunya (70).

llarg dels anys⁶⁹. A Catalunya s'ha observat una clara relació entre el tabaquisme i l'aparició de símptomes respiratoris. La proporció de fumadores amb tos i expectoració diària més de tres mesos seguits a l'any era del 4% entre les dones fumadores de 25 a 44 anys, mentre que era de l'1,7% en exfumadores i inferior a l'1% en les que no havien fumat mai.

Als Estats Units l'MPOC és l'única causa de les deu primeres causes de mort que ha anat incrementant-se des de fa 30 anys, i més del 95% de morts per MPOC esdevenen en persones més grans de 55 anys. Aquesta tendència reflecteix els patrons d'inici del tabaquisme fa 50 anys coincidint amb el final de la Segona Guerra Mundial⁷⁴, i ha estat similar a l'evolució de la mortalitat per càncer de pulmó. Les taxes de mort dels homes són notablement superiors a les de les dones, però la taxa d'increment ha estat molt més ràpida entre les dones que entre els homes de 1979 a 1985: mentre que els homes mostraven un increment en la taxa de mortalitat del 16%, les dones havien experimentat un augment del 73%⁷³. S'ha estimat que les proporcions de mortalitat per MPOC als Estats Units atribuïbles a l'hàbit de fumar són del 84% per als homes i el 69% per a les dones⁷⁵.

2.2. Salut reproductiva

Entre els efectes menys coneguts del tabac s'ha assenyalat que pot afectar la vida reproductiva de la dona, alterant la funció hipotalàmica, la implantació de l'òvul en l'endometri⁷⁶ i la funció immunològica⁷⁷. A més afavoreix l'aparició d'amenorrea i una major predisposició de la dona fumadora cap a la malaltia inflamatòria pelviana, l'embaràs ectòpic^{78, 79} i la infertilitat⁸⁰ (Taula 2.1.).

Respecte al càncer de cèrvix el tabac ha estat considerat un dels principals factors de risc ambientals. Després de descobrir la forta associació entre la infecció pel virus del papil·loma humà (HPV) i el càncer de cèrvix en la dècada dels noranta, es va començar a qüestionar si l'associació del tabac amb el càncer de cèrvix era més una associació secundària atribuïble a factors de confusió, si es tractava d'un cofactor de l'HPV, o si realment era un factor de risc independent. Algun estudi recent⁸¹ suggeriria més aviat la hipòtesi del tabaquisme com un factor independent, ja que va observar una forta associació entre el tabac i les lesions intraepiteliais d'alt grau (CIN 2-3), amb una *odds ratio* (OR) de 2,6 (IC95% 1,7-4,0), que l'efecte era dependent de la dosi i que no es modificava al ajustar per la presència de DNA d'HPV o anticossos de l'HPV. Altrament, alguns estudis han relacionat un increment del risc de càncer d'ovari de tipus mucinos en les dones que són fumadores amb una OR de 2,9 (IC95% 1,7-4,9)⁸².

S'ha observat una relació entre el consum de tabac i l'establiment de la menopausa precoç. De fet el consum de tabac accelera l'inici de la menopausa al voltant d'un any. Com es veurà en l'apartat 2.4.2. (pàg. 24), el tabac és un factor de risc per a l'osteoporosi, i es troba al voltant d'un 4% menys de densitat de massa òssia a la columna inferior en dones fumadores que en no fumadores. La recuperació de massa òssia en les dones que realitzen teràpia hormonal substitutiva és pitjor en les fumadores, que requereixen dosis superiors d'estrògens per mantenir els mateixos títols de massa òssia⁸³. L'establiment de la menopausa, és a dir la caiguda de la funció ovàrica i la hipostrogenèmia que determina, sembla que té com a conseqüència un augment del risc de malaltia cardiovascular, que en cinc anys s'igualaria al dels homes i es veuria potenciat encara més pel consum concomitant de tabac.

Taula 2.1.: Principals efectes descrits del consum de tabac en la vida reproductiva de la dona.

- Potencia el risc de malaltia cardiovascular en les dones de més de 35 anys que prenen contraceptius orals
- Augmenta el risc de càncer cervical
- Augmenta el risc de malaltia inflamatòria pelviana
- Avança la menopausa
- Augmenta el risc d'osteoporosi a la perimenopausa
- Augmenta el risc d'embaràs extrauterí
- Dificulta la implantació de l'embrió a l'endometri
- Altera la funció hipotalàmica
- Produeix una disminució de la fertilitat

2.3. Tabac i gestació

Els efectes del tabac en la gestació han estat àmpliament estudiats des que en el 1957 Simpson va descriure una reducció significativa del pes al néixer en fills de mares que havien fumat durant l'embaràs. Des de llavors un elevat nombre d'estudis han mostrat de manera contundent la relació entre el tabac i una sèrie d'efectes adversos en la gestació, entre els quals s'inclouen el risc de baix pes, l'avortament espontani, la ruptura prematura de membranes i el part prematur, així com l'augment de la mortalitat perinatal i infantil, incloent-hi l'augment de risc per a la síndrome de mort sobtada del lactant (SMSL), entre d'altres⁸⁴⁻⁸⁶. Altres estudis han descrit algunes repercussions que es manifesten durant la infància, com alteracions en l'aparell respiratori del nen⁸⁷ i retard en el desen-

volupament cognitiu dels fills de mares fumadores⁸⁸. D'altra banda, existeixen clares evidències que l'exposició postpart al tabaquisme passiu dels pares, especialment de la mare, s'associa amb un major risc d'infeccions respiratòries i d'asma infantil⁸⁹ (Taula 2.2.).

La reducció del pes fetal o retard del creixement intrauterí (RCIU) associada al consum de tabac ha estat extensament documentada. En la seva metaanàlisi sobre els determinants del pes al néixer, Kramer⁹⁰ va identificar un total de 121 estudis publicats durant els anys setanta i vuitanta que tractaven sobre el tabac i l'embaràs. La consistència de les troballes en una àmplia varietat de contextos i poblacions, l'evidència d'un gradient dosi-resposta i la plausibilitat biològica avalen la causalitat de l'associació⁹¹⁻⁹⁴. Entre els mecanismes implicats s'han proposat la toxicitat directa sobre el teixit fetal, les lesions o afectació funcional del teixit placentari, i fins i tot efectes indirectes com la disminució de la gana o els canvis en el metabolisme matern⁹⁵⁻⁹⁷. El risc relatiu per a l'RCIU associat al tabaquisme matern ha estat estimat entre 2,4 i 4,0⁸⁸. El retard del creixement s'observa a partir de les 21 setmanes, i té lloc de forma progressiva al llarg de tota la gestació, encara que alguns estudis han demostrat una reducció del diàmetre biparietal més pronunciada durant el tercer trimestre^{98,99}. D'altra banda s'ha observat que si la dona deixa de fumar abans de les 16 setmanes de gestació la probabilitat de tenir un fill amb pes baix al néixer s'equipara a la de les no fumadores¹⁰⁰. Alguns estudis més recents han mostrat que l'exposició passiva de la gestant al fum ambiental de tabac també pot causar RCIU, encara que les evidències actuals no són concloents^{101, 102}.

Taula 2.2.: Principals efectes descrits del consum de tabac en la gestació i la infància.

- Retard del creixement intrauterí i baix pes al néixer
- Augmenta el risc d'avortament espontani
- Augmenta el risc de trencament prematur de membranes
- Augmenta el risc de part prematur
- Augmenta el risc de síndrome de mort sobtada del lactant
- Augmenta el risc d'infeccions respiratòries
- Augmenta el risc d'asma infantil
- S'ha associat a retard en el desenvolupament cognitiu

En relació amb l'avortament espontani, estudis controlats prospectius i retrospectius han mostrat un excés de risc en les dones fumadores, amb un risc estimat entre l'1,1 i l'1,8¹⁰³. Alguns autors han assenyalat que la propor-

ció d'avortaments espontanis relacionats amb el tabaquisme podria arribar al 10% de tots els casos¹⁰⁴. D'altra banda, Hughes, després de revisar 30 estudis rellevants sobre la concepció natural, destaca que tots menys un demostren una associació negativa entre l'hàbit tabàquic i la fecunditat, avalant un potencial efecte deleteri del tabac en el moment de la concepció.

Entre els possibles mecanismes que poden explicar les pèrdues fetals s'inclouen la hipòxia fetal secundària a una disminució de la perfusió placentària i l'augment de la resistència vascular en la placenta com a resultat de l'efecte de la nicotina, produint-se diversos canvis morfològics en el llit vascular placentari que determinen hipòxia placentària crònica de les gestants fumadores¹⁰⁵. Una recent aportació al coneixement fisiopatològic de la relació entre el consum de tabac i l'increment d'avortaments en les etapes inicials de la gestació és la demostració d'un efecte citotòxic i inhibidor dels alcaloides del tabac sobre la formació de progesterona per les cèl·lules de la granulosa, que determinaria una insuficiència del cos luti¹⁰⁶.

Entre les complicacions del part s'ha descrit una associació entre el tabaquisme durant l'embaràs i el part prematur¹⁰⁷. Una recent metaanàlisi⁹⁴ que avalua estudis prospectius sobre el tabac i la prematuritat dona un risc relatiu global d'1,27 (IC95% 1,21-1,33). Aquests estudis troben que la major associació es produeix quan l'edat gestacional és inferior a 33 setmanes. Així mateix s'ha observat un risc relatiu d'entre 1,3 i 3 per a la placenta prèvia i d'entre 1,8 i 2 per al despreniment prematur de placenta normalment inserida¹⁰⁸⁻¹¹⁰. S'ha observat una relació paradoxalment protectora del tabac davant la preeclàmpsia (risc relatiu 0,5-0,6) —un mecanisme fisiopatològic que ens és desconegut—, tot i que el tabac incrementa el risc de mortalitat perinatal, *abruptio placentae* i RCIU en aquelles dones fumadores que desenvolupen preeclàmpsia.

Respecte a la mortalitat perinatal, la influència del retard del creixement i l'associació del tabaquisme matern amb l'SMSL són els efectes més comunament acceptats del consum de tabac durant l'embaràs, encara que en aquests estudis sol ser difícil distingir l'efecte del tabaquisme matern durant la gestació i el postpart¹¹¹⁻¹¹³. En un estudi cas-control de 988 casos d'SMSL¹¹⁴ es troba un risc d'1,39 per a l'exposició relacionada amb el tabaquisme patern, d'1,68 per al tabaquisme de la mare durant la gestació, i de 3,46 per al tabaquisme d'ambdós. Blair¹¹⁵ troba un excés de risc d'SMSL associat al tabaquisme durant l'embaràs (OR 2,10, IC95% 1,2-3,54), que va augmentar amb l'exposició al tabac després del naixement, amb un risc màxim en els nens que a més a més ja hi havien estat exposats dins de l'úter (OR 2,93, IC95% 1,56-14,05). El risc atribuïble en la població fou estimat en el 61%, el que implica que el nombre de morts per aquesta síndrome podria reduir-se en quasi dues terceres parts si els pares no fumessin.

S'ha observat que el tabaquisme matern s'associa a taxes inferiors d'inici de lactància materna i a una reducció de la duració d'aquesta^{116, 117}, una associació que en la majoria dels estudis persisteix després d'ajustar per altres factors socials i reproductius.

Finalment, existeixen alguns efectes del tabaquisme matern les conseqüències dels quals es manifesten en la infància. Així, els fills de mares fumadores tenen una funció respiratòria reduïda i una major probabilitat de presentar broncospasme. Stick¹¹⁸ va observar una reducció en la funció respiratòria en els fills de dones que van fumar més de deu cigarretes durant l'embaràs. Ehrlich¹¹⁹ també va observar un risc augmentat de patir asma en els fills de mare fumadora durant l'embaràs (OR 1,87, IC95% 1,25-2,81) i per cada adult fumador addicional en el domicili (OR 1,15, IC95% 1,1-1,3), la qual cosa suggereix que l'hàbit del tabac durant l'embaràs i l'exposició a casa contribueixen independentment al risc augmentat de patir asma. D'altra banda, diversos estudis troben una relació entre el tabaquisme ambiental i l'augment de les infeccions respiratòries, incloent-hi pneumònia, traqueïtis, laringitis i otitis mitjana. Les taxes d'hospitalització per aquestes malalties són tres vegades més elevades en els fills de mares fumadores.

L'evidència acumulada en les últimes dècades suggereix que el tabaquisme antenatal té efectes adversos a llarg termini en el desenvolupament neurocognitiu dels nens. A més a més, estudis recents indiquen que l'exposició antenatal al tabac s'associa a una reducció de la funció pulmonar en la infància¹²⁰ i a efectes adversos en el creixement postnatal¹²¹.

Malgrat que aquestes evidències són cada cop més ben conegudes per la població, la força de l'addicció a la nicotina fa que menys d'un 30% de les fumadores deixin de fumar completament quan queden embarassades, de les quals més del 70% tornen a fumar un any després¹²². Al nostre medi diversos estudis han abordat aquest aspecte i han trobat taxes d'abandonament entre el 19%^{84, 123} i el 49%¹²⁴. L'abandonament és més freqüent entre les dones més joves, casades i amb més anys d'educació. A més d'aquests factors el consell directe del professional durant l'embaràs, especialment si té lloc a l'inici, pot augmentar la taxa d'abandonament en un 7%¹²⁵. En una intervenció avaluada es va observar una major taxa d'abandonament així com una reducció de la intensitat del consum i una menor incidència de recaigudes postpart en el grup que rebia un consell sistemàtic i estructurat integrat en l'atenció prenatal. Aquestes darreres diferències eren estadísticament significatives⁸⁴. La disminució de les recaigudes, d'altra banda, ha estat descrita en altres estudis i constitueix, per tant, un altre dels objectius sanitaris del consell a les embarassades fumadores, especialment entre les que han deixat de fumar a l'inici.

2.4. Altres problemes de salut

2.4.1. Manifestacions cutànies

Les manifestacions i conseqüències “externes” de l'hàbit tabàquic són molt menys freqüents i estan molt menys estudiades que les “internes”. Les manifestacions cutànies del tabaquisme, però, existeixen i poden associar-se a una considerable morbiditat. En els següents apartats s'exposen els efectes nocius atribuïts al tabac en l'esfera mucocutània:

Retard i deteriorament en la cicatrització de les ferides

Durant anys metges i cirurgians han sospitat que la supervivència dels empelts i la cicatrització de les ferides són menors en els fumadors. El 1978 aquest fet va ésser demostrat experimentalment¹²⁶ i des de llavors nombrosos estudis en animals i humans han corroborat que les persones fumadores són més propenses a complicacions (com ara necrosi) en els empelts i que existeix una correlació entre el nombre de cigarretes fumades per dia i el percentatge de complicacions de la cirurgia. En les dones, per exemple, el tabaquisme s'ha associat a un major diàmetre de les cicatrius de laparotomia¹²⁷, a una major incidència d'escars/esfàcels en els *liftings* facials¹²⁸ i a una major pèrdua de cabell en l'àrea intervinguda.

El perjudici del tabac en la cicatrització cutània està relacionat amb l'efecte vasoconstrictor de la nicotina, que dona com a resultat una disminució en l'aportació sanguínia a la zona. Però el tabac també estimula el sistema nerviós simpàtic (causant vasoconstricció i inhibició de l'epitelització per part de les catecolamines), disminueix l'oxigenació tissular, incrementa l'agregació plaquetària, disminueix la formació de prostaciclina, incrementa la viscositat sanguínia i redueix el dipòsit de col·lagen, tots ells fenòmens que afavoreixen igualment la mala cicatrització de les ferides. Així, se sap que fumar tan sols una cigarreta produeix una vasoconstricció cutània de minuts.

En l'actualitat es recomana als fumadors deixar de fumar d'un dia a tres setmanes abans de la intervenció quirúrgica, o de cinc dies a quatre setmanes, segons els autors.

Arrugues i envelliment cutani prematur

Des de fa dos-cents anys se sospita que el tabac provoca l'aparició d'arrugues i d'envelliment prematur. El 1985 es va descriure el que es coneix com "cara del fumador/a"¹²⁹:

- Línies facials prominents i arrugues.
- Exacerbació dels trets facials i de les prominències òssies subjacents.
- Pell grisenca i atròfica.
- Complexió pletòrica, una mica ataronjada.

Les arrugues facials són estadísticament més abundants en persones fumadores que en no fumadores, i això no s'altera per l'edat, el sexe, la classe social, el canvi de pes ni el grau d'exposició solar previ. El tabaquisme és un factor de risc independent per a l'envelliment facial prematur, i existeix una correlació entre el nombre d'arrugues i el de paquets/any fumats, de manera que els fumadors de més de 50 paquets/any tenen 4,7 vegades més probabilitats de tenir arrugues que els no fumadors.

Ernster i cols.¹³⁰ van suggerir fins i tot que les dones podrien ésser més propenses a tenir arrugues com a conseqüència del tabac que els homes. Les arrugues degudes al tabac apareixerien després dels 39 anys d'edat i a partir d'un consum de tabac de 10 paquets/any en dones i 20 paquets/any en homes.

Quan el tabaquisme i l'exposició solar (el factor exogen més potent com a inductor d'arrugues) s'associen, els efectes del tabac en les arrugues es multipliquen. El tabac engruixeix i fragmenta les fibres elàstiques de la dermis, tal com passa amb l'exposició solar, encara que ho fa a les capes més profundes de la dermis, probablement en incrementar l'activitat de les elastases plasmàtiques i afavorir la isquèmia de la dermis, fet que també ocasiona un descens en la síntesi de col·lagen dèrmic. També s'han considerat altres possibles mecanismes, com la disminució de les concentracions de vitamina A per part del tabac (que és un antiradical lliure), el seu efecte prooxidant, el descens de la hidratació de l'estrat corni que produeix, i la disminució d'estradiol en la pell que és hidroxilat pel tabac (ocasionant sequedat i atròfia de la pell). El fet que no tots els fumadors presentin la cara del fumador indica que també hi poden contribuir factors genètics.

Càncers cutanis relacionats amb el tabac

Shaw y Milton¹³¹ van trobar que les dones fumadores afectades per melanoma tenien més risc de recidiva i metàstasi i menor supervivència que les no fumadores, i que el risc es correlacionava amb el nombre de cigarretes/dia. Aquestes

troballes han estat confirmades en posteriors estudis. Respecte als homes, el risc és menor, igual que entre la població general no fumadora. Per tant, encara que cap estudi ha demostrat que el tabac causi directament melanoma ni que fumar incrementi el risc de patir aquest càncer, està clar que els/les fumadors/es tenen més propensió a presentar metàstasi en el moment del diagnòstic i durant el curs de la malaltia i una menor supervivència. Això podria explicar-se per l'efecte nociu del tabac sobre el sistema immunològic.

El fet de fumar duplicaria el risc de patir carcinomes espinocel·lulars en la majoria d'estudis, després d'ajustar aquesta variable per altres com l'exposició solar¹³². El tabac no incrementa el risc de patir carcinomes basocel·lulars.

Les fumadores tenen més risc de patir càncer anal (RR=7) i vulvar (RR=4 per càncer *in situ* i RR=2 per càncer invasiu). Si a més la dona té berrugues genitals, el risc de patir càncer de vulva és 35 vegades més alt que el de la població general¹³³. Els carcinomes de vagina i cèrvix també s'associen al tabaquisme però amb menys intensitat. Els carcinomes anogenitals associats al tabaquisme són del tipus espinocel·lular i la seva relació podria ser deguda a l'efecte immunosupressor del tabac encara que també s'ha postulat un efecte tòxic directe.

Són factors de risc de patir càncer de llavi l'exposició a la radiació ultravioleta i el tabac (80% d'afectats de càncer de llavi són fumadors). També deuen influir altres factors, perquè la incidència de càncer de llavi és baixa en la població en comparació amb el nombre de fumadors.

L'associació entre càncer oral i tabac es coneix des de fa dècades i està molt documentada. A més el tabac actua sinèrgicament amb el consum d'alcohol. Es va demostrar que fumar més de 50 paquets/any incrementa 77 vegades el risc de patir càncer oral. Tots els tipus de tabac i totes les formes de fumar-lo són inductors de càncer oral¹³⁴.

Altres afeccions cutànies relacionades amb el tabac

Segons alguns autors la pustulosi palmoplantar (PPP) seria una forma rara de psoriasi; per a altres es tracta d'un quadre distintiu. Estudis multicèntrics han estimat que el risc de patir PPP és 7,2 vegades superior en fumadors/es que en no fumadors/es¹³⁵. La patogènesi d'aquest quadre i el paper exacte del tabac, però, resten per aclarir. Probablement el neutròfil tingui una funció important, perquè la PPP és una dermatosi neutrofílica i els neutròfils estan augmentats en nombre i alterats funcionalment i morfològicament en els fumadors.

La relació entre la psoriasi i el tabac no és tan forta com amb la PPP però també és estadísticament significativa¹³⁶. L'increment del risc de patir psoriasi sembla correlacionar-se amb el nombre de cigarretes/dia, tant abans com després de l'inici de la dermatosi.

La tromboangiïtis obliterant (malaltia de Buerger) és una angiopatia nicotínica de predomini masculí, però que s'està descrivint cada vegada més en dones fumadores.

L'hàbit tabàquic comporta el tint groguenc dels dits (signe de la nicotina) i fins i tot també de les ungles (ungles en arlequí), que, encara que no tenen importància clínica, són marcadors socials —estigmes— de persona fumadora. El tabac també és un dels majors desencadenants de l'hidrosadenitis supurativa¹³⁷.

L'evidència d'un desenvolupament prematur de cabells blancs i de la pèrdua senil del cabell en fumadors s'ha postulat com de gran interès de cara a campanyes de prevenció del tabaquisme, especialment en dones¹³⁸. El tabaquisme també incrementa el risc de contraure berrugues genitals (condilomes) per papil·lomavirus i afavoreix el seu desenvolupament¹³⁹.

Respecte a altres lesions orals i la seva relació amb el tabac, la leucoplàsia oral s'ha estimat fins a sis vegades més freqüent entre fumadors, i atès el seu potencial de malignitat ha de tenir-se en consideració. La leucoqueratosi *nicotina palati* és patognomònica del fumador i també té cert potencial de malignitat. De vegades s'afecten les dues terceres parts anteriors de la llengua (leucoqueratosi *nicotina glossi*). La gingivitis ulcerativa necrotitzant aguda es manifesta únicament en fumadors. El carcinoma verrucós oral, la llengua negra vellosa, la melanosí oral i el diaqueratoma verrucós també són més freqüents en fumadors. L'únic efecte beneficiós de la nicotina en la mucosa oral sembla que és una reducció en la incidència d'aftes orals¹⁴⁰, que s'atribueix a la disminució del risc sanguini local i a l'increment en la queratinització de la mucosa.

El coneixement de les manifestacions cutànies del tabaquisme és d'extrema importància, perquè se sap que representen una altra eina (i de considerable valor) en les estratègies encaminades a convèncer la població dels avantatges de deixar de fumar¹⁴¹, especialment en aquelles persones que poden motivar-se més pel perjudici del seu aspecte extern que pel possible dany intern que els produeix el tabac, com podria ser el cas de les dones.

2.4.2. Complicacions osteoporòtiques

L'osteoporosi és una malaltia caracteritzada per una reducció de la massa òssia que incrementa els riscos de fractures, especialment de maluc, avantbraç distal i vèrtebres. L'osteoporosi afecta tant els homes com les dones, i forma part del procés natural d'envelliment. La pèrdua de la massa òssia s'inicia a partir dels 40 anys.

L'efecte més devastador de l'osteoporosi és la fractura de maluc, que afecta gran part de la població en edat avançada. Als Estats Units cada any més de

200.000 persones pateixen aquest tipus de fractura¹³⁴. A Catalunya les fractures de maluc van causar més de 7000 hospitalitzacions l'any 1996; tres quartes parts van correspondre a dones¹⁴². En efecte, en les dones, a partir de la menopausa, la reducció de la massa òssia s'accelera molt més, i es pot arribar a perdre un 15% a 20% de la massa òssia de la columna i quantitats similars en altres llocs¹⁴³. El problema s'agreuja amb el temps, especialment en el sexe femení atès que les dones joves desenvolupen menys massa òssia que els homes.

Els determinants més implicats en la densitat òssia són l'edat, el sexe, els estils de vida i la composició genètica. Així, l'edat avançada, la raça blanca, el sexe femení, el nombre d'anys que han passat des de la menopausa natural o quirúrgica, el fet d'estar prim, una immobilització prolongada, el sedentarisme, el consum de tabac i d'alcohol i l'ús de certs medicaments (com els glucocorticoides i les hormones tiroïdals) es consideren factors de risc establerts per desenvolupar fractures òssies¹³⁴.

L'efecte del tabac en l'osteoporosi

L'efecte directe del tabac en l'osteoporosi és difícil d'avaluar atès que poden haver factors indirectes que afecten de forma diferent els fumadors i els no fumadors provocant un efecte de confusió amb el tabac. Els fumadors i no fumadors tenen característiques diferents quant a la pràctica d'esports, la dieta, el consum de cafeïna i d'alcohol, el pes i, en el cas de les dones, l'edat a la qual presenten la menopausa. Tant els homes com les dones que fumen tenen tendència a ser menys actius que els que no han fumat mai o són exfumadors. Les dones fumadores també ingereixen menys calci a la dieta que les no fumadores o exfumadores¹⁴⁴. No obstant això, en estudis on s'ha controlat per aquests factors de confusió, s'ha vist una associació entre el consum de tabac i la densitat de massa òssia, tant en homes com en dones d'edat avançada: la densitat de massa òssia és inversament proporcional a la durada de l'hàbit tabàquic, a la columna i al coll del fèmur, en els homes i les dones. En ambdós sexes, cada dècada d'hàbit tabàquic es pot associar amb un dèficit de la densitat de l'os de la columna lumbar d'un 1,5%¹⁴⁴.

En estudis amb població diana fumadora la taxa mitjana de pèrdua d'os és considerablement més alta en les dones que en els homes, particularment en el coll del fèmur. Les diferències de gènere entre fumadors i fumadores són més importants després d'ajustar per edat i índex de massa corporal, i són estadísticament significatives per al coll del fèmur. Cal tenir en compte que un índex de massa corporal alt s'associa amb unes taxes reduïdes de pèrdua d'os¹⁴⁵.

L'osteoprosi en la dona fumadora

Un estudi amb parelles de bessones, que únicament diferien quant a l'hàbit tabàquic, ha mostrat una associació significativa entre el tabaquisme i la densitat òssia reduïda en la dona. Per cada 10 paquets/any de tabac fumat el dèficit en la densitat òssia era un 2% més gran a la columna lumbar en la bessona que fumava o que fumava més. També s'ha trobat una relació dosi-resposta, atès que en les parelles discordants com més tabac fumat més gran era el dèficit de densitat òssia en la bessona fumadora. Així, amb una diferència en l'hàbit tabàquic de 35 paquets/any de tabac entre les dues bessones, la germana que més fumava presentava un dèficit de massa òssia d'un 5% a 10% superior al valor mitjà de la parella¹⁴⁶. Les dones que fumen tenen un pes inferior a les no fumadores. De fet, el control del pes és una de les raons per les quals les dones segueixen fumant. El fet d'estar prim és un factor de risc per patir osteoprosi i està incrementat en les dones fumadores^{134, 145}.

L'efecte del tabac en l'osteoprosi està augmentat en la dona a causa de certs mecanismes relacionats en part amb la menopausa:

- En la fase premenopàusica les dones fumadores tenen concentracions d'estrògens normals però pateixen un augment de la 2-hidroxilació de l'estradiol, i incrementen les concentracions sèriques de 2-hidroxiestradiol, un estrogen biològicament menys actiu. La reducció de la concentració sèrica dels estrògens biològicament actius comporta una reducció de la massa òssia, especialment a la columna i a la zona distal del radi on hi ha més os trabecular, més sensible als estrògens, en les dones premenopàusiques fumadores. La menopausa s'accelera d'un a dos anys en les dones fumadores, produint una pèrdua accelerada de la massa òssia, en comparació amb les que no fumen¹⁴⁷.
- En la fase postmenopàusica aquesta pèrdua accelerada de massa òssia que es produeix en la dona fumadora incrementa el risc de fractures de la columna independentment de l'efecte que produeix, per si mateixa, la massa òssia reduïda. A més, s'ha vist que el tabac redueix l'eficàcia dels estrògens exògens, incorporats amb la teràpia hormonal substitutiva, en protegir les dones fumadores de les fractures òssies^{134, 147}. Així, per mantenir els mateixos títols de massa òssia les dones fumadores menopàusiques necessitarien dosis superiors d'estrògens⁸³. En una metaanàlisi recent s'ha vist que la pèrdua d'os en les dones postmenopàusiques fumadores s'incrementa un 0,2% més l'any, en comparació amb les no fumadores. L'efecte acumulatiu durant anys d'aquest dèficit és important i, a l'edat de 80 anys, pot existir una diferència de massa òssia d'un 6% entre fumadores i no fumadores¹⁴⁸.

En les dones postmenopàusiques fumadores els riscos relatius de patir fractura de maluc, ajustats per edat, es situarien entre un 1,2 i un 2. Així, als 70 anys el risc de patir fractura de maluc en la dona fumadora respecte a la no fumadora podria arribar a ser un 41% superior. De cada vuit fractures de maluc que es produeixen en dones, una és atribuïble al tabac^{148, 149}.

L'osteoporosi és un trastorn que no adverteix del problema que s'està produint fins a etapes avançades on apareixen les fractures òssies. La seva prevenció precoç és essencial per reduir l'increment del risc de les fractures osteoporòtiques a llarg termini, especialment en un moment en què més noies catalanes fumen i fumen més cigarretes que en generacions anteriors. Tant les dones com els professionals sanitaris han de conèixer que un dels cofactors que produeix una progressió ràpida cap a l'osteoporosi és el tabac. S'hauria de recomanar l'abandonament de l'hàbit tabàquic com a estratègia no farmacològica per reduir el risc de fractura de maluc.

2.5. Tabaquisme passiu

Es considera tabaquisme passiu l'exposició involuntària al fum del tabac que es troba a l'ambient procedent dels fumadors. Les característiques del fum ambiental del tabac difereixen de les del fum inhalat pels fumadors. Si s'analitza la composició del fum que surt per l'extrem de la cigarreta (corrent secundari o lateral) en relació amb el flux de fum que és inhalat amb l'aspiració (corrent principal), s'observa que el primer conté fins a cinc vegades més de monòxid de carboni i tres vegades més de quitrà i nicotina, a més a més de trobar quantitats superiors de benzopirè i nitrosamines^{150, 151}. L'Organització Mundial de la Salut, en el seu informe de 1979, limitava els perjudicis de l'exposició passiva als malalts d'insuficiència cardíaca, angina, bronquitis crònica o emfisema, en els quals es podien agreujar els símptomes principalment pel monòxid de carboni. En canvi, en l'individu sa els perjudicis es reduïen a irritacions de les mucoses i sensacions desagradables¹⁵⁰. Vint anys més tard s'accepta que el tabaquisme passiu és un factor de risc independent per al desenvolupament de malalties relacionades amb el tabac, i molt especialment de càncer de pulmó^{151, 152}.

Mesura de l'exposició

L'estudi MONICA-Catalunya mostra que entre 1994 i 1996 el 36% de les dones no fumadores de 25 a 64 anys afirma estar exposada més d'una hora diària al

fum d'altres fumadors. Com es pot veure en la Fig. 2.3., l'exposició és significativament més baixa en les dones i es redueix amb l'edat, sobretot a partir dels 55 anys. En canvi, dades de l'Enquesta Nacional dels Estats Units de 1991 indiquen una exposició inferior, entre el 21% i el 25%, dels no fumadors¹⁵³.

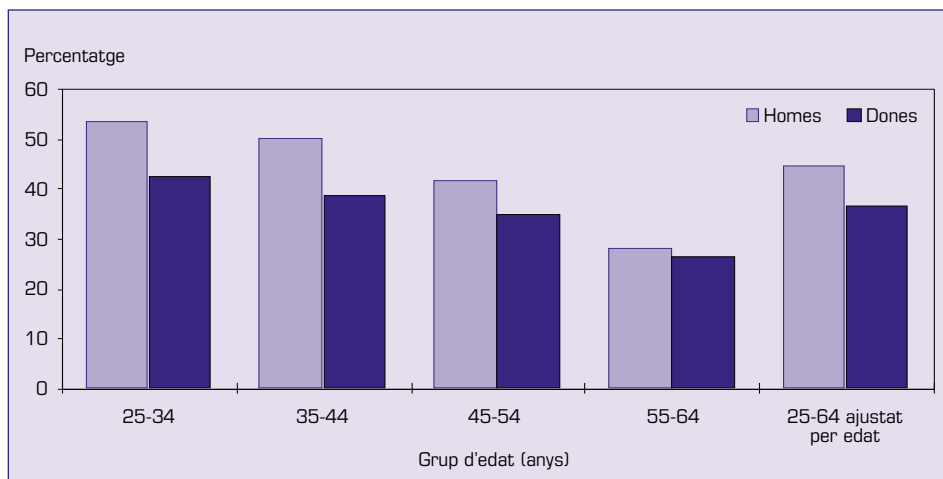


Fig. 2.3.: Proporción de persones no fumadores exposades al fum d'altres fumadors més d'una hora diària, distribuïda per grup d'edat (MONICA-Catalunya, 1994-1996).

El mètode més precís per mesurar l'exposició és la determinació de cotinina en sang, orina o saliva, la qual té un origen exclusiu en la metabolització oxidativa de la nicotina i és un bon indicador de l'exposició en els darrers dies¹⁵⁴. A partir dels estudis de dosimetria de cotinina s'ha pogut determinar que l'exposició al tabac de les persones no fumadores casades amb fumadors correspon a l'1% de l'exposició que rep un fumador habitual de 20 cigarretes al dia¹⁵⁵⁻¹⁵⁷. En altres paraules, seria una persona fumadora d'una cinquena part de cigarreta al dia de mitjana. Els principals efectes sobre la salut de les dones que s'han relacionat amb el tabaquisme passiu són el càncer de pulmó, la cardiopatia isquèmica i les malalties respiratòries cròniques, a més a més de trobar-se un baix pes en els nadons de mares exposades i de considerar-se el seu paper com a risc independent de la mort sobtada dels nadons i de l'asma en els primers anys de vida.

Càncer de pulmó

El reconeixement que el tabaquisme passiu és causa de càncer de pulmó ja havia tingut lloc fa 15 anys¹⁵² amb la recopilació de les evidències acumulades des de

les primeres indicacions aparegudes al començament dels anys vuitanta. Posteriorment, Hackshaw i cols.¹⁵⁸ van realitzar una metaanàlisi de 37 estudis epidemiològics amb 4626 casos de càncer de pulmó en dones que no havien fumat mai, en el qual es conclouia que l'excés de risc era significativament superior (24%) en les dones no fumadores que conviuen amb un fumador. El risc és independent de l'àrea geogràfica de l'estudi, de l'any de publicació i del disseny (cas-control o cohort). A més a més, es va confirmar una relació dosi-resposta que va ser significativa tant pel nombre de cigarretes fumades per l'espòs (el risc s'incrementa el 23% per cada deu cigarretes fumades pel marit) com per la durada de l'exposició (augmenta l'11% per cada deu anys). Unes altres aportacions de l'article són la mesura dels principals biaixos que s'analitzen en els estudis de tabaquisme passiu, com ara la mala classificació de fumadors dels casos, l'exposició del grup de referència i la dieta com a principal factor de confusió:

- Biaix de classificació de fumadors: algunes fumadores actuals o exfumadores poden declarar no haver fumat mai i, per tant, quedar mal classificades en relació amb l'exposició. Com són o han sigut fumadores tenen més possibilitats de patir càncer de pulmó. A més a més, es dona el fet que els fumadors tendeixen a conviure amb altres fumadors i per tant hi ha probabilitats de sobreestimar el veritable risc de càncer de pulmó. Si es té en compte aquest biaix el risc relatiu es redueix d'1,24 a 1,18.
- Biaix degut a l'exposició del grup de referència: és possible que el grup de dones no fumadores que conviuen amb no fumadors estigui sotmès a exposicions al fum del tabac fora de la llar. Aquesta sobreexposició en el grup de referència pot reduir l'estimació dels factors de risc. Tenint en compte aquest factor, l'excés de risc observat de l'exposició passiva al fum del tabac puja fins al 42%.
- La dieta com a factor de confusió: s'ha observat que la dieta pobra en fruita i verdura en dones no fumadores s'associa amb un risc superior de càncer de pulmó. Els fumadors ingereixen aquests aliments en menor quantitat i els no fumadors que conviuen amb fumadors probablement també en mengen menys que no pas els no fumadors que conviuen amb no fumadors. D'aquesta manera, l'excés de càncer de pulmó pot ser degut a l'efecte de la dieta, però Hackshaw i cols.¹⁵⁸ avaluen que sobre l'excés global de risc del 24% l'efecte de la dieta no sobrepassa el 2%. L'ajust simultani per als factors de biaix i confusió tendeix a anul·lar els efectes i a mantenir el risc relatiu d'1,24 obtingut de la unió de tots els estudis i, per tant, hi ha prou evidències per considerar el tabaquisme passiu com a causa de càncer de pulmó.

Catalunya va participar en un estudi cas-control multicèntric europeu¹⁵⁹ que reunia 650 càncers de pulmó en no fumadors diagnosticats entre 1988 i 1994 en

12 hospitals de set països d'Europa. L'excés de risc observat per l'exposició passiva al fum del cònjuge va ser del 16%, però sense arribar a la significació estadística.

Per aprofundir en l'associació del tabaquisme passiu i el càncer de pulmó, a continuació es presenta una revisió dels criteris de causalitat realitzada per Trédaniel i cols.¹⁶⁰ que s'ha ampliat amb les aportacions d'altres estudis aplegats posteriorment:

- Consistència i força de l'associació: malgrat que l'excés de risc obtingut és petit, s'observa que en tots els estudis el valor obtingut és bastant uniforme (al voltant del 24%) i presenta significació estadística en la majoria. A més a més, el risc es manté quan es tenen en consideració els possibles biaixos i factors de confusió.
- Especificitat: és un criteri no completament assolit, ja que el tipus histològic més freqüent de càncer de pulmó en els fumadors és el de cèl·lules escamoses. En canvi, en els no fumadors exposats, que són majoritàriament dones, és més freqüent l'adenocarcinoma, que, per la seva banda, és el tipus histològic més habitual en les dones, fumadores o no.
- Coherència: s'ha observat el mateix risc en poblacions amb cultures i factors ambientals molt diversos de tots els continents, cosa que va a favor de la universalitat de l'exposició passiva com a factor de risc de càncer de pulmó.
- Relació dosi-resposta: a la metaanàlisi d'Hackshaw i cols.¹⁵⁸ s'obtenia una relació dosi-resposta significativa per separat tant pel nombre de cigarretes fumades pel marit com pel nombre d'hores d'exposició al fum del tabac.
- Plausibilitat biològica: s'ha demostrat que la composició del fum ambiental producte de la combustió del tabac conté els mateixos i fins i tot més carcinògens que el corrent principal de fum aspirat pels fumadors. Igualment, un estudi experimental ha determinat la presència a l'orina de carcinògens específics de càncer de pulmó derivats del tabac després de l'exposició passiva al fum del tabac¹⁶¹. En un estudi d'autòpsies¹⁶² s'ha observat que la presència de lesions precanceroses en l'epiteli bronquial era significativament més freqüent en dones no fumadores casades amb fumadors que en dones no fumadores casades amb no fumadors.
- Evidències en animals: els estudis en models experimentals amb animals han demostrat que l'exposició al fum de tabac provoca l'aparició de lesions precanceroses a les cèl·lules epitelials de les vies aèries que desapareixen en retirar l'exposició al fum¹⁶³. Fins i tot hi ha un estudi cas-control de càncer de pulmó en gossos¹⁶⁴ en el qual es va determinar un risc d'1,6 no significatiu de patir càncer de pulmó en els gossos exposats al fum del tabac dels seus amos en relació amb els gossos no exposats.

- Analogia: com els components químics del corrent principal del fum del tabac són els mateixos que en l'exposició passiva, és raonable esperar que els efectes que el tabac provoca en els fumadors apareguin també en els no fumadors, però amb una intensitat menor. En el cas del càncer de pulmó, els estudis epidemiològics han observat un risc relatiu de 20 en els fumadors en relació amb els no fumadors¹⁶⁵. Aleshores, el risc esperat derivat del tabaquisme passiu seria del 20%, 100 vegades menys, que correspondria a un risc relatiu d'1,2. Aquest risc coincideix amb l'observat en els estudis epidemiològics que valoren l'exposició del tabaquisme passiu, risc que, malgrat ser petit, és quantificable i correspon a una exposició a concentracions baixes de fum del tabac.

Cardiopatia isquèmica

Els estudis epidemiològics que han analitzat la relació entre el tabaquisme passiu i la malaltia coronària^{166, 167} han obtingut un excés de risc com a mínim del 25%, igual en homes i dones, però que només és una tercera part del que s'observa en els fumadors actius de més de 25 cigarretes al dia¹⁶⁵. En canvi, per la mateixa regla derivada de la concentració de valors de cotinina en persones no fumadores, l'excés de risc esperat seria només de l'1%, molt inferior a l'observat en els estudis epidemiològics. Segons Glantz i Parmley¹⁶⁸, que es basen en estudis experimentals, això és perquè l'aparell circulatori dels no fumadors és més sensible als efectes de les toxines del fum del tabac que el dels fumadors actuals, els quals ja han assolit una resposta màxima d'adaptació.

La presència de lesions ateroscleròtiques en les persones no fumadores exposades al fum del tabac s'ha demostrat en estudis epidemiològics. L'estudi ARIC, que segueix el desenvolupament de plaques d'ateroma en 10.000 persones, no tan sols ha determinat en l'examen inicial que els no fumadors exposats al fum tenien un índex d'aterosclerosi superior als no exposats¹⁶⁹, sinó que als tres anys de seguiment l'exposició passiva estava associada a l'evolució de les lesions en la capa íntima de l'artèria caròtida¹⁷⁰. La disfunció endotelial que provoca l'exposició al tabac també s'ha demostrat experimentalment. En un estudi realitzat en dones lliures d'altres factors de risc cardiovasculars a banda del tabac, es va observar que les fumadores actives o passives responien amb una vasoconstricció de les artèries coronàries després de la injecció intraarterial d'acetilcolina. La disfunció endotelial coronària que pateixen provoca aquesta resposta patològica, a diferència de les mai fumadores actives o passives en les quals s'observava l'efecte normal de vasodilatació¹⁷¹.

L'estudi de cohort més important realitzat en dones —*The Nurses' Health Study Cohort*—, en el qual s'està fent un seguiment de 121.700 infermeres des de 1976,

també ha demostrat que l'exposició passiva al fum del tabac és un factor de risc de malaltia coronària. A partir dels 152 casos nous de malaltia coronària apareguts entre 1982 i 1992 en les 32.046 dones no fumadores, es va trobar que l'excés de risc ajustat per altres factors de risc cardiovasculars era del 58% en l'exposició passiva ocasional i d'un 91% en l'exposició habitual al fum d'altres fumadors a casa o a la feina en les dones mai fumadores¹⁷².

Finalment, un extens estudi cas-control¹⁷³ a Austràlia i Nova Zelanda derivat del Projecte MONICA de l'OMS i amb 267 casos d'infart en dones, ha observat que l'excés de risc derivat de l'exposició al fum del tabac és del 99% en les dones no fumadores, però inexistent en els homes. Els autors expliquen aquesta diferència per una exposició superior de les dones al tabaquisme passiu i per una major consciència en les dones de la seva exposició. Però la manca de mesures biològiques d'exposició fa difícil comprovar aquesta última afirmació.

Els resultats dels estudis de Sumida (170) i ARIC¹⁷⁰ anirien a favor del model exposat per Glantz i Parmley¹⁶⁸ en el sentit que el tabaquisme passiu intervin-dria en la cardiopatia isquèmica amb un efecte de màxims a curt termini però amb una dosi mínima d'exposició.

Malaltia respiratòria crònica

Law i Hackshaw¹⁵⁷ van fer una revisió de vuit estudis epidemiològics, set dels quals presentaven una associació positiva del tabaquisme passiu amb l'aparició de malaltia respiratòria crònica en les persones no fumadores. La combinació de tots els estudis donava un excés de risc significatiu del 25%. Malgrat això s'ha de tenir en compte que aquests estudis presentaven una mesura de la definició de la malaltia molt àmplia, sense diferenciar entre l'asma, la bronquitis crònica i l'emfisema. Així, els efectes de l'exposició anaven des de la mesura de l'aparició de símptomes respiratoris com ara sibilàncies o expectoració (estudis transversals) fins a l'obtenció de casos a partir d'ingressos hospitalaris (estudis cas-control) o mitjançant el diagnòstic de la butlleta de defunció. A favor del risc de l'exposició al tabac es troba el fet que s'ha observat un empitjorament dels paràmetres de funció pulmonar (capacitat vital, VEMS₁) en dones no fumadores exposades al fum del tabac, però aquesta circumstància no s'ha pogut corroborar en tots els països¹⁷⁴.

PUNTS CLAU

- A Catalunya no s'ha observat encara un increment en la taxa de mortalitat per càncer de pulmó, però l'evolució actual del tabaquisme en les dones fa pensar que seguirà la mateixa evolució que a altres països en els propers anys.
- Les tendències de la prevalença de malaltia pulmonar obstructiva crònica, estable o disminuint en els homes i augmentant en les dones, són consistents amb els canvis en l'hàbit de fumar d'ambdós sexes.
- El risc d'infart de miocardi mortal i no mortal és entre 2,5 i 7 vegades superior en la dona que fuma, mentre que en el cas de l'home és del voltant de 2,0.
- La dona fumadora que pren anticonceptius orals veu incrementat fins a 20 vegades el risc d'infart de miocardi, especialment en el grup d'edat per damunt dels 35-40 anys i fins a 22 vegades el de l'hemorràgia subaracnoïdal.
- El tabac augmenta el risc de càncer de cèrvix, de malaltia inflamatòria pelviana i d'embaràs extrauterí.
- El tabac redueix la fertilitat i augmenta el risc d'avortament espontani, de part prematur i de baix pes al néixer.
- El tabac passiu augmenta el risc de síndrome de mort sobtada del lactant, d'infeccions respiratòries, d'otitis mitjana i d'asma infantil.
- El tabaquisme s'ha associat a un major diàmetre de les cicatrius de laparotomia, a una major incidència d'escarses en els *liftings* facials i accelera la pèrdua senil de cabell.
- El tabac és un dels cofactors implicats en la progressió ràpida de l'osteoporesi; una de cada vuit fractures de maluc que es produeix en les dones és atribuïble al consum de tabac.
- El 36% de les dones no fumadores de 25 a 64 anys afirma estar exposada més d'una hora diària al fum d'altres fumadors.
- L'excés de risc de càncer de pulmó és significativament superior (24%) en les dones no fumadores que conviuen amb un fumador.

BIBLIOGRAFIA

1. Wynder, E.L., Graham, E.A. *Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma*. JAMA 1950; 143: 329-336.
2. Doll R., Hill, A.B. *Lung cancer and other causes of death in relation to smoking: A second report on the mortality of British doctors*. Br Med J 1956; 2: 1071-1081.
3. Wynder, E.L. *Tobacco as a cause of lung cancer: Some reflections*. Am J Epidemiol 1997; 146: 687-693.
4. Prescott, E., Osler, M., Andersen, P.K., Bjerg, A., Hein, H.O., Borch-Johnsen, K. i cols. *Has risk associated with smoking increased? Results from the Copenhagen Center for Prospective Population Studies*. Int J Epidemiol 1997; 26: 1214-1218.
5. To, J. *Tabaco y cáncer: de la asociación epidemiológica a la evidencia molecular*. Med Clin (Barc) 1999; 112: 589-594.
6. World Health Organization. *Women and tobacco*. WHO, Geneva 1992.
7. Doll, R. *Cancers weakly related to smoking*. Br Med Bull 1996; 52: 35-49.
8. Ernster, V.L. *Female lung cancer*. Annu Rev Public Health 1996; 17: 97-114.
9. La Vecchia, C., Negri, E., Levi, F., Decarli, A., Boyle, P. *Cancer mortality in Europe: Effects of age, cohort of birth and period of death*. Eur J Cancer 1998; 34: 118-141.
10. Sánchez, V., Borràs, J.M., Mingot, M. *Evolución de la mortalidad por cáncer en Cataluña*. Med Clin (Barc) 1994; 102: 606-612.
11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 1983*. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 1985.
12. Agudo, A., Barnades, A., Pallarés, C., Martínez, I., Fabregat, X., Roselló, J. i cols. *Lung cancer and cigarette smoking in women: A case control study in Barcelona (Spain)*. In J Cancer 1994; 59: 165-169.
13. Zang, E.A., Wynder, E.L. *Differences in lung cancer risk between men and women: Examination of the evidence*. J Natl Cancer Inst 1996; 88: 183-192.
14. Prescott, E., Osler, M., Hein, H.O., Borch-Johnsen, K., Lange, P., Schnohr, P. i cols. *Gender and smoking-related risk of lung cancer*. Epidemiology 1998; 9: 79-83.
15. Muñoz, J. *Consumo de tabaco en la población española*. En: Becoña, E. (Ed.). Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Glosa Ediciones, Barcelona 1998; 15-30.
16. Hernández, I., Romero, P.J., González, J.M., Romero, A., Ruiz, M.J. *Tabaquismo en la mujer. Revisión y estrategias futuras*. Prev Tab 2000; 2(1): 45-54.
17. Peto, R., López, A.D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C.I. *Mortality from smoke in developed countries 1950-2000*. Oxford University Press, Oxford 1994; A68.
18. Peto, R., López, A.D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C.I. *Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics*. Lancet 1992; 339: 1268-1278.

19. Castellsague, X., Muñoz, N., De Stefani, E., Victoria, C.G., Castelleto, R., Rolon, R. i cols. *Independent and joint effects of tobacco smoking and alcohol drinking on the risk of esophageal cancer in men and women*. *Int J Cancer* 1999; 82: 657-664.
20. Muscat, J.E., Stellman, S.D., Hoffman, D., Wynder, E.L. *Smoking and pancreatic cancer in men and women*. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997; 6: 15-19.
21. Fuchs, C.S., Colditz, G., Stamfer, M.J., Giovannucci, E.L., Hunter, D.J., Rimm, E.B. *A prospective study of cigarette smoking and risk of pancreatic cancer*. *Arch Intern Med* 1996; 156(19): 2255-2260.
22. Borràs, J., Galcerán, J. *Cancer Registry of Tarragona*. A: Pardin, D.M., Muir, C.S., Whela, S.L., Gao, T.Y., Ferlay, J., Powell, J. (Eds.). *Cancer incidence in five continents*. International Agency for Research on Cancer, Lyon 1992; Vol. VI: 722-723.
23. López-Abente, G., González, C.A., Errezola, M., Escolar, A., Izarzugaza, I., Nebot, M. i cols. *Tobacco smoke inhalation pattern, tobacco type, and bladder cancer in Spain*. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 830-839.
24. D'Avanzo, B., La Vecchia, C., Negri, E., Decarli, A., Benichou, J. *Attributable risks for bladder cancer in Northern Italy*. *Ann Epidemiol* 1995; 5: 427-431.
25. McLaughlin, J.K., Lindblad, P., Møller, A., McCredie, M., Mandel, J.S., Schlehofer, B. i cols. *International renal cell-cancer study. I. Tobacco use*. *Int J Cancer* 1995; 60: 194-198.
26. Benichou, J., Chow, W.H., McLaughlin, J.K., Mandel, J.S., Fraumeni, J.F. *Population attributable risk of renal cancer in Minnesota*. *Am J Epidemiol* 1998; 5: 424-430.
27. Tredaniel, J., Boffetta, P., Buiatti, E., Saracci, R., Hirsch, A. *Tobacco smoking and gastric cancer: Review and meta-analysis*. *Int J Cancer* 1997; 72: 565-573.
28. Frisch, M., Glimelius, B., Wohlfahrt, J., Adami, H., Melbye, M. *Tobacco smoking as a risk factor in anal carcinoma: An antiestrogenic mechanism?* *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 708-715.
29. MacMahon, B., Trichopoulos, D., Cole, P., Brown, J. *Cigarette smoking and urinary estrogens*. *N Engl J Med* 1982; 307: 1062-1065.
30. Baron, J.A., La Vecchia, C., Levi, F. *The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women*. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 502-514.
31. Bannicke, K., Conrad, C., Sabroe, S., Sorensen, H.T. *Cigarette smoking and breast cancer*. *Br Med J* 1995; 310: 1431-1433.
32. Baron, J.A., Newcomb, P.A., Longnecker, M.P., Mittendorf, R., Storer, B.E., Clapp, R.W. i cols. *Cigarette smoking and breast cancer*. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1996; 5: 399-403.
33. Braga, C., Negri, E., La Vecchia, C., Filiberti, R., Franceschi, S. *Cigarette smoking and the risk of breast cancer*. *Eur J Cancer Prev* 1996; 5: 159-164.

34. Morabia, A., Bernstein, M., Ruiz, J., Heritier, S., Berger, S.D., Borisch, B. *Relation of smoking to breast cancer by estrogen receptor status.* Int J Cancer 1998; 75: 339-342.
35. Lash, L.T., Aschengrau, A. *Active and passive cigarette smoking and the occurrence of breast cancer.* Am J Epidemiol 1999; 149: 5-12.
36. Prokopczyk, B., Cox, J.E., Hoffman, D., Waggoner, S.E. *Identification of tobacco-specific carcinogen in the cervical mucus of smokers and nonsmokers.* J Natl Cancer Inst 1997; 89: 868-873.
37. Bosch, F.X., Muñoz, N., De San José, S., Izarzugaza, I., Gili, M., Viladiu, P. i cols. *Risk factors for cervical cancer in Colombia and Spain.* Int J Cancer 1992; 52: 750-758.
38. Olsen, A.O., Dillner, J., Skrondal, A., Magnus, P. *Combined effect of smoking and human papillomavirus type 16 infection in cervical carcinogenesis.* Epidemiology 1998; 9: 346-349.
39. Weir, H.K., Sloan, M., Kreiger, N. *The relationship between cigarette smoking and the risk of endometrial neoplasm.* Int J Epidemiol 1994; 23: 261-266.
40. US Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General.* Office on Smoking and Health, Rockville, MD, 1980.
41. Rosenberg, L., Kaufman, D.W., Helmrich, S.P., Miller, D.R., Stolley, P.D., Shapiro, S. *Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age.* JAMA 1985; 253: 2965-2969.
42. Prescott, E., Hippe, M., Schnohr, P., Hein, H.O., Vestbo, J. *Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: Longitudinal population study.* Br Med J 1998; 316: 1043-1047.
43. Willett, W.C., Green, A., Stampfer, M.J. i cols. *Relative and absolute risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes.* N Engl J Med 1987; 317: 1303-1309.
44. Farley, T.M.M., Meirik, O., Chang, C.L., Poulter, N.R. *Combined oral contraceptives, smoking, and cardiovascular risk.* J Epidemiol Community Health 1998; 52: 775-785.
45. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: Results of an international multicentre case-control study.* Lancet 1997; 349: 1202-1209.
46. Petitti, D.B., Wingerd, J. *Use of oral contraceptives, cigarette smoking, and risk of subarachnoid haemorrhage.* Lancet 1978; ii: 234-236.
47. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. *Oral contraceptives and increased risk of cerebral ischemia or thrombosis.* N Engl J Med 1973; 288: 871-878.
48. Burkman, R.T. *Cardiovascular issues with oral contraceptives: Evidenced-based medicine.* Int J Fertil Womens Med 2000; 45: 166-174.

49. Barret-Connor, E. *Sex differences in coronary heart disease. Why are women so superior?* Circulation 1997; 95: 252-264.
50. Vriz, O., Nesbitt, S., Krause, L., Majahalme, S., Lu, H., Julius, S. *Smoking is associated with higher cardiovascular risk in young women than in men: The Tecumseh Blood Pressure Study.* J Hypertens 1997; 15: 127-134.
51. Fetters, J.K., Peterson, E.D., Shaw, L.J., Newby, L.K., Califf, R.M. *Sex-specific differences in coronary heart disease risk factors, evaluation, and treatment: Have they been adequately evaluated?* Am Heart J 1996; 131: 796-813.
52. Jackson, R., Chambless, L., Higgins, M., Kuulasmaa, K., Wijnberg, L., Williams, D. *Diferencias sexuales en la mortalidad por cardiopatía isquémica y los factores de riesgo en 46 comunidades: Un análisis ecológico.* Cardiovasc Risk Factors (ed. esp.) 1998; 7: 170-182.
53. Mendelsohn, M.E., Karas, R.H. *The protective effects of estrogen on the cardiovascular system.* N Engl J Med 1999; 340: 1801-1811.
54. Schenck-Gustafsson, K. *Risk factors for cardiovascular disease in women: Assessment and management.* Eur Heart J 1996; 17(Suppl. D): 2-8.
55. Mann, R.D., Lis, Y., Chukwujindu, J., Chanter, D.O. *A study of the association between hormone replacement therapy, smoking and the occurrence of myocardial infarction in women.* J Clin Epidemiol 1994; 47: 307-312.
56. Chasan-Taber, L., Stampfer, M.J. *Epidemiology of oral contraceptives and cardiovascular disease.* Ann Intern Med 1998; 128: 467-477.
57. Hu, F.B., Grodstein, F., Hennekens, C.H. i cols. *Age at natural menopause and risk of cardiovascular disease.* Arch Intern Med 1999; 159: 1061-1066.
58. American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. *Standards for the diagnosis and care of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: s77-s120.
59. Siafakas, N.M., Vermeire, P., Pride, N.B., Paoletti, P., Gibson, J., Howard, P. i cols pel Task Force. *Optimal assessment and management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* A consensus statement of the European Respiratory Society (ERS). Eur Respir J 1995; 8: 1398-1420.
60. Woolf, C.R., Zamel, N. *The respiratory effects of regular cigarette smoking in women.* Chest 1980; 78: 707-713.
61. Fletcher, C., Peto, R. *The natural history of chronic airflow obstruction.* Br Med J 1977; 1645-1648.
62. Speizer, F.E., Tager, I.B. *Epidemiology of chronic mucus hypersecretion and obstructive airways disease.* Epidemiol Rev 1979; 1: 124-142.
63. Sunyer, J., García, J., Antó, J.M. *Epidemiología de la enfermedad obstructiva crónica.* A: Sobradillo, V. (Ed.). EPOC. Lo esencial. Lab Menarini, Barcelona 1998; 29-50.

64. Farebothor, M.J.B., Relson, M.C., Heller, R.F. per l'EEC Working Party. *Death certification of farmer's lung and chronic airway disease in different countries of the EEC*. Br J Dis Chest 1985; 79: 352-360.
65. Thom, T.J. *International comparisons in COPD mortality*. Am Rev Respir Dis 1989; 140: S27-S34.
66. Lundbäck, B., Nyström, L., Rosenhall, L., Stjernberg, N. *Obstructive lung disease in Northern Sweden: Respiratory symptoms assessed in a postal survey*. Eur Respir J 1991; 4: 257-266.
67. Manfreda, J., Mao, Y., Litven, W. *Morbidity and mortality from chronic obstructive pulmonary disease*. Am Rev Respir Dis 1989; 140: S19-S26.
68. Higgins, M.W., Keller, J.B. *Trends in COPD morbidity and mortality in Tecumseh, Michigan*. Am Rev Respir Dis 1989; 140: S42-S48.
69. Viegi, G., Paoletti, P., Prediletto, R., Carrozzi, L., Fazzi, P., Di Pede, F. i cols. *Prevalence of respiratory symptoms in an unpolluted area on Northern Italy*. Eur Respir J 1988; 1: 311-317.
70. Dobson, A.J., Kuulasmaa, K., Moltchanov, V., Evans, A., Fortmann, S.P., Jamrozik, K. i cols. *Changes in cigarette smoking among adults in 35 populations in the mid-1980s*. Tobacco Control 1998; 7: 14-21.
71. Prescott, E., Bjerg, A.M., Andersen, P.K., Lange, P., Vestbo, J. *Gender difference in smoking effects on lung function and risk of hospitalization for COPD: Results from a Danish longitudinal population study*. Eur Respir J 1997; 10: 822-827.
72. *Women's respiratory vulnerability to tobacco smoking (editorial)*. Eur Respir J 1998; 11: 792-793.
73. Feinleib, M., Rosenberg, M.M., Collins, J.G., Delozier, J.E., Pokras, R., Chevoley, F.M. i cols. *Trends in COPD morbidity and mortality in the United States*. Am Rev Respir Dis 1989; 140: S9-S18.
74. Wise, R.A. *Changing smoking patterns and mortality from chronic obstructive pulmonary disease*. Preventive Medicine 1997; 26: 418-421.
75. Davis, R.M., Novotny, T.E. *Changes in risk factors. The epidemiology of cigarette smoking and its impact on chronic obstructive pulmonary disease*. Am Rev Respir Dis 1989; 140: S82-S84.
76. Maximovitch, A. *Cigarette smoking at time of in vitro fertilization cycle initiation has negative effect on in vitro fertilization embryo transfer success rate*. J Assist Reprod Genet 1995; 12, 2: 75-77.
77. Hersey, P., Prendergast, D., Edwards, A. *Effects of cigarette smoking on the immune system*. Med J Aust 1983; 2: 425-429.
78. Stergachis, A., Scholes, D., Daling, J.R., Weiss, N.S., Chu, J. *Maternal cigarette smoking and the risk of tubal pregnancy*. Am J Epidemiol 1991; 133: 332-337.
79. Ankum, W.M., Mol, B.W., Van der-veen, F., Bossuyt, P.M. *Risk factors for ectopic pregnancy: A meta analysis*. Fertil Steril 1996; 65.6: 1093-1099.

80. Mattison, D. *The effects of smoking on fertility from gametogenesis to implantation*. Environ Res 1982; 28: 410-433.
81. Kjellberg, L., Hallmans, G., Ahren, A.M., Johansson, R., Bergman, F., Wadell, G. i cols. *Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection*. Br J Cancer 2000; 82: 1332-1338.
82. Marchbanks, P.A., Wilson, H., Baston, E., Cramer, D.W., Schildkraut, J.M., Peterson, H.B. *Cigarette smoking and epithelial ovarian cancer by histologic type*. Obstet Gynecol 2000; 95: 225-260.
83. Bjarnson, N.H., Christiansen, C. *The influence of thinness and smoking on bone loss and response to hormone replacement therapy in early postmenopausal women*. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85: 590-596.
84. Castellanos, M.E., Nebot, M. *Embarazo y tabaquismo: Magnitud del problema y prevención desde los sistemas sanitarios*. Med Clin (Barc) 1998; 111: 670-674.
85. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Tabaquisme i gestació*. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 1987.
86. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 1998.
87. Tager, I., Hanrahan, J., Tosteson, T. *Lung function, pre and post-natal smoke exposure, and wheezing in the first year of life*. Am Rev Respir Dis 1993; 147: 811-817.
88. Weitzman, M., Gotmaker, S., Sobol, A. *Maternal smoking and behavioral problems of children*. Pediatrics 1992; 90: 342-348.
89. Weitzman, M., Gotmaker, S., Klen, D. *Maternal smoking and childhood asthma*. Pediatrics 1990; 85: 505-511.
90. Kramer, M.S. *Determinants of low birth weight: Methodological assessment and meta-analysis*. Bull WHO 1987; 65(5): 663-737.
91. McDonald, A.D., Armstrong, B.G., Sloan, M. *Cigarette, alcohol and coffee consumption and congenital defects*. Am J Public Health 1992; 82: 91.
92. Bardy, A.H., Seppala, T., Lilsunde, P., Kataja, J.M., Koskela, P., Pikkarainen, J. i cols. *Objectively measured tobacco exposure during pregnancy; neonatal effects and relation to maternal smoking*. Br J Obstet Gynaecol 1993; 100: 721-726.
93. Ellard, G.A., Johnstone, F.D., Prescott, R.J., Ji-Xian, W., Jian Hua, M. *Smoking during pregnancy: The dose dependence of birthweight deficits*. Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 806-813.
94. Shah, N.R., Bracken, M.B. *A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery*. Am J Obstet Gynaecol 2000; 182: 465-472.

95. Anderson, H.R., Bland, J.M., Peacock, J.L. *The effects of smoking on fetal growth: Evidence for a threshold, the importance of brand of cigarette and interaction with alcohol and caffeine consumption*. A: Poswillo, D., Alberman, E. (Eds.). *Effects of smoking on the fetus, neonate and child*. Oxford University Press, Oxford 1992; 80-107.
96. Picone, T.A., Allen, L.H., Olsen, P.N., Ferris, M.E. *Pregnancy outcome in North American women. Effects of diet, cigarette smoking stress and weight gain on placentas and on neonatal physical and behavioral characteristics*. *Am J Clin Nutr* 1982; 36: 1214-1224.
97. Symonds, E.M. *The effect of smoking on oxygen transfer and placental circulation*. A: Poswillo, D., Alberma, E. (Eds.). *Effects of smoking on the fetus, neonate and child*. Oxford University Press, Oxford 1992; 89-107.
98. Murphy, J.F., Drumm, J.E., Mulcahy, R. *The effect of maternal cigarette smoking on fetal birthweight and on growth of the fetal biparietal diameter*. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87: 462-466.
99. Hebel, J.R., Fox, N.L., Sexton, M. *Dose-response of birth weight to various measures of maternal smoking during pregnancy*. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 483.
100. Butler, N.R., Golstein, H. *Smoking in pregnancy and subsequent child development*. *Br Med J* 1973; 4: 573-575.
101. Mathai, M., Vijayasri, R., Babu, S.S., Jeyaseelan, L. *Passive maternal smoking and birth weight in a South Indian population*. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 342.
102. Ogawa, H., Tominaga, S., Hori, K., Noguchi, K., Kanou, I., Matsubara, M. *Passive smoking by pregnant women and fetal growth*. *J Epidemiol Community Health* 1991; 45: 164.
103. Risch, H.A., Weiss, N.S., Clarke, E.A., Miller, A.B. *Risk factors for spontaneous abortion and its recurrence*. *Am J Epidemiol* 1988; 128: 420-430.
104. Hughes, J.R., Kottke, T. *Doctors helping smokers. Real world tactics*. *Minn Med* 1986; 69: 293-295.
105. Morrow, R.J., Ritchie, J.K., Bull, S.B. *Maternal cigarette smoking: The effect on umbilical and uterine blood flow velocity*. *Am J Obstet Gynaecol* 1988; 159: 1069-1073.
106. Goetze, P.M., Szabo, I., Freeman, D.A. *Influence of nicotine, cotinina, anabazine and cigarette smoke extract on human granulosa cell progesterone and estradiol synthesis*. *Gynaecol Endocrinol* 1999; 12: 266-272.
107. Simpson, W.J. *A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity*. *Am J Obstet Gynaecol* 1957; 73: 808-815.
108. Mayer, J.P., Hawkins, B., Todd, R. *A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic*. *Am J Public Health* 1990; 80: 76-78.

109. Ananth, C.V., Savitz, D.A., Luther, E.R. *Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy.* Am J Epidemiol 1996; 144: 881-889.
110. Cnattingius, S., Mill, J.L., Yuen, J., EriLsson, O., Salonene, H. *The paradoxical effect of smoking in preeclamptic pregnancies: Smoking reduces the incidence but increases the rates of perinatal mortality, abruptio placentae, and intrauterine growth restriction.* Am J Obstet Gynaecol 1997; 177: 156-161.
111. Schoendorf, K., Kiely, J. *Relationship of Sudden Infant Death Syndrome to maternal smoking during and after pregnancy.* Pediatrics 1992; 90: 905-908.
112. Malloy, M.H., Kleinman, J.C., Land, G.H., Schramm, W.F. *The association of maternal smoking with age and cause of infant death.* Am J Epidemiol 1988; 128: 46.
113. Haglund, B., Cnattingius, S. *Cigarette smoking as a risk factor for sudden infant death syndrome: Population-based study.* Am J Public Health 1990; 80: 29-32.
114. Nichol, J., O'Cathain, A. *Antenatal smoking, postneonatal passive smoking, and the Sudden Infant Death Syndrome.* A: Poswillo, D., Alberman, E. (Eds.). *Effects of smoking on the fetus neonate and child.* Oxford University Press, Oxford 1992; 138-149.
115. Blair, P.S., Fleming, P.J., Bensley, D., Smith, I., Bacon, C., Taylor, E. i cols. *Smoking and the sudden infant death syndrome: Results from 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers.* Br Med J 1996; 313: 195-198.
116. Sayers, G., Burke, R., Corcoran, R., Thornton, L. *Influences on breast feeding initiation and duration.* Ir J Med Sci 1995; 164: 281-284.
117. Horta, B.L., Barros, F.C., Memezes, A.M., Victoria, C.G. *Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration.* Am J Epidemiol 1997; 146: 128-133.
118. Stick, S.M., Burton, P.R., Gurrin, L., Sly, P.D., LeSouef, P.N. *Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants.* Lancet 1996; 348: 1060-1064.
119. Ehrlich, R.I., Du-Troit, D., Jordaan, E., Zwarenstein, M., Potter, P., Volmink, J.A. i cols. *Risk factors for childhood asthma and wheezing. Importance of maternal and household smoking.* Am J Respir Crit Care Med 1996; 154: 681-688.
120. Harahan, J.P., Tager, I.B., Segal, M.R. *A longitudinal study of the effects of parental smoking during pregnancy on early infant lung function.* Am Rev Respir Dis 1992; 148: 1129-1135.
121. Eskenazi, B., Bergmann, J.J. *Passive and active maternal smoking during pregnancy, as measured by serum cotinine, and postnatal smoke exposure. Effect on physical growth at age 5 years.* Am J Epidemiol 1995; 142: S10-S18.
122. US Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General.* Office on Smoking and Health, Rockville, MD, 1980.

123. Jané, M., Nebot, M., Badi, M., Berjano, B., Muñoz, M., Rodríguez, M.C. i cols. *Factores determinantes del abandono del hábito tabáquico durante le gestación*. Med Clin (Barc) 2000; 114: 132-135.
124. Bolúmar, F., Rebagliato, M., Hernández, I., du Florey, C. *Smoking and drinking habits before and during pregnancy among Spanish women*. J Epidemiol Comm Health 1994; 48: 36-40.
125. Lumley, J., Oliver, S., Waters, E. *Smoking cessation programs implemented during pregnancy*. Cochrane Library 1998; Issue 4: 1-20.
126. Mosley, L.H., Finseth, F., Goody, M. *Nicotine and its effects on wound healing*. Plast Reconstr Surg 1978; 61: 570-575.
127. Siana, J.E., Rex, S., Gottrup, F. *The effect of cigarette smoking on wond healing*. Scand J Plat Reconstr Surg 1989; 23: 207-209.
128. Riefkohl, R., Wolfe, J.A., Cox, E.B. i cols. *Association between cutaneous occlusive vascular disease, cigarette smoking and skin slough after rhytidectomy*. Plast Reconstr Surg 1986; 77: 592-595.
129. Model, D. *Smoker's face: An underrated clinical sign?* Br Med J 1985; 291: 1760-1762.
130. Ernster, V.L., Grady, D., Miike, R. i cols. *Facial wrinkling in men and women by smoking status*. Am J Public Health 1995; 85: 78-82.
131. Shaw, H.M., Milton, G.W. *Smoking and the development of metastases from malignant melanoma*. Int J Cancer 1981; 28: 153-156.
132. Grodstein, F., Speizer, F.E., Hunter, D.J. *A prospective study of incident squamous cell carcinoma of the skin in the nurses'health study*. J Natl Cancer Inst 1995; 87: 1061-1066.
133. Brinton, L.A., Nasca, P.C., Mallin, K. i cols. *Case-control study of cancer of the vulva*. Obstet Gynecol 1990; 75: 859-866.
134. US Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation. A report of the Surgeon General*. Office on Smoking and Health, Rockville, MD, 1990.
135. O'Doherty, C.J., MacIntyre, C. *Palmoplantar pustulosis and smoking*. Br Med J 1985; 291: 861-864.
136. Poikolaninen, K., Reunala, T., Karvonen, J. *Smoking, alcohol and live events related to psoriasis among women*. Br J Dermatol 1994; 130: 473-477.
137. Konig, A., Lehman, C., Rompel, R. i cols. *Cigarette smoking as a triggering factor of hidradenitis suppurativa*. Dermatology 1999; 198: 261-264.
138. Mosley, J.G., Gibbs, A.C. *Premature gray hair and hair loss among smokers: A new opportunity for health education?* Br Med J 1996; 313: 1616.
139. Feldman, J.G., Chirgwin, K., Dehovitz, J.A. i cols. *The association of smoking and risk of condiloma acuminatum in women*. Obstet Gynaecol 1997; 89: 346-350.
140. Wolf, R., Wolf, D., Ruocco, V. *The benefits of smoking in skin diseases*. Clin Exp Dermatol 1998; 16: 641-647.

141. Smith, J.B., Fenske, N.A. *Cutaneous manifestations and consequences of smoking*. J Am Acad Dermatol 1996; 34: 717-732.
142. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Institut Europeu per a la Salut de la Dona. *La salut de les dones a Catalunya: Realitats i percepcions*. Servei Català de la Salut, Barcelona 1999.
143. Institut Europeu per a la Salut de la Dona. *Dones a Europa cap a una vellesa saludable*. Institut Europeu per a la Salut de la Dona, Londres 1996.
144. Egger, P., Duggleby, S., Hobbs, R., Fall, C., Cooper, C. *Cigarette smoking and bone mineral density in the elderly*. J Epidemiol Comm Health 1996; 50: 47-50.
145. Burger, H., De Laet, C.E.D.H., Van Daele, P.L.A., Weel A.E.A.M., Witterman, J.C.M., Hofman, A. i cols. *Risk factors for increased bone loss in an elderly population. The Rotterdam Study*. Am J Epidemiol 1998; 147: 871-879.
146. Hopper, J.L., Seeman, E. *The bone density of female twins discordant for tobacco use*. N Engl J Med 1994; 330: 387-392.
147. Slemenda, C.W. *Cigarettes and the skeleton*. N Engl J Med 1994; 330: 430-431.
148. Law, M.R., Hackshaw, A.K. *A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: Recognition of a major effect*. Br Med J 1997; 315: 841-846.
149. Cornuz, J., Feskanich, D., Willet, W.C., Colditz, G.A. *Smoking, smoking cessation and risk of hip fracture in women*. Am J Med 1999; 106: 311-314.
150. WHO. *Involuntary smoking. A: Controlling the Smoking epidemic*. Report of the WHO Expert. Committee on Smoking Control Technical Report Series n. 636. WHO, Geneve 1979.
151. Agudo, A., González, A., Torrent, M. *Exposición ambiental al humo del tabaco y cáncer de pulmón*. Med Clin (Barc) 1989; 93: 387-393.
152. US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General Office. Office on Smoking and Health*. Rockville, MD, 1986.
153. Mannino, D.M., Siegel, M., Rose, D., Nkuchia, J., Etzel, R. *Environmental tobacco smoke exposure in the home and worksite and health effects in adults: Results from the 1991 National Health Interview Survey*. Tobacco Control 1997; 6: 296-305.
154. García, M.C., Cobo, I. *Marcadores biológicos del tabaco*. Med Clin (Barc) 1989; 93: 186-188.
155. Wald, N., Boreham, J., Bailey, A., Ritchie, C., Haddow, J., Knight, G. *Urinary cotinine as marker of breathing other people's tobacco smoke*. Lancet 1984; i: 230-231.
156. Wald, N., Ritchie, C. *Validation of studies on lung cancer in non-smokers married to smokers*. Lancet 1984; i: 1067.
157. Law, M.R., Hackshaw, A. *Environmental tobacco smoke*. Br Med Bull 1996; 52: 22-34.

158. Hackshaw, A.K., Law, M.R., Wald, N.J. *The accumulated evidence of lung cancer and environmental tobacco smoke*. Br Med J 1997; 315: 980-988.
159. Boffetta, P., Agudo, A., Ahrens, W., Benhamou, E., Benhamou, S., Darby, S. i cols. *Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe*. J Natl Cancer Inst 1998; 90: 1440-1450.
160. Trédaniel, J., Boffetta, P., Saracci, R., Hirsch, A. *Exposure to environmental tobacco smoke and risk of lung cancer: The epidemiological evidence*. Eur Respir J 1994; 7: 1877-1888.
161. Hecht, S., Carmella, S., Murphy, S., Akerkar, S., Brunnemann, K., Hoffman, D. *A tobacco-specific lung carcinogen in the urine of men exposed to cigarette smoke*. N Engl J Med 1993; 329: 1543-1546.
162. Trichopoulos, D., Mollo, F., Tomatis, L., Agapitos, E., Delsedine, E., Zavitsosnas, X. *Active and passive smoking and pathological indicators of lung cancer risk in an autopsy study*. JAMA 1992; 268: 1697-1701.
163. Witschi, H., Espiritu, I., Peake, J.L., Wu, K., Maronpot, R.R., Pinkerton, K.E. *Carcinogenicity of environmental tobacco smoke*. Carcinogenesis 1997; 18: 575-586.
164. Reif, J.S., Dunn, K., Ogilvie, G.K., Harris, C.K. *Passive smoking and canine lung cancer*. Am J Epidemiol 1992; 135: 234-239.
165. Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., Sutherland, I. *Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors*. Br Med J 1994; 309: 901-911.
166. Law, M.R., Morris, J.K., Wald, N.J. *Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: An evaluation of the evidence*. Br Med J 1997; 315: 973-980.
167. He, J., Vupputuri, S., Allen, K., Prerost, M.R., Hughes, J., Whelton, P.K. *Passive smoking and the risk of coronary heart disease: A meta-analysis of epidemiologic studies*. N Engl J Med 1999; 340: 920-926.
168. Glantz, S.A., Parmley, W.W. *Passive smoking and heart disease. Mechanism and risk*. JAMA 1995; 273: 1047-1053.
169. Howard, G., Burke, G.L., Szklo, M., Tell, G., Eckfeldt, J., Evans, G. i cols. *Active and passive smoking are associated with increased carotid wall thickness*. Arch Intern Med 1994; 154: 1277-1282.
170. Howard, G., Wagenknecht, L., Burke, G., Diez-Roux, A., Evans, G. i cols. *Cigarette smoking and progression of atherosclerosis. The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study*. JAMA 1998; 279: 119-124.
171. Sumida, H., Watanabe, H., Kugiyama, K., Ohgushi, M., Matsumara, T., Yasue, H. *Does passive smoking impair endothelium-dependent coronary artery dilation in women?* J Am Coll Cardiol 1998; 31: 811-815.
172. Kawachi, I., Colditz, G., Speizer, F.E., Manson, J.E., Stampfer, M.J., Willer, W. i cols. *A prospective study of passive smoking and coronary heart disease*. Circulation 1997; 95: 2374-2379.

173. McElduff, P., Dobson, A.J., Jackson, R., Beaglehole, R., Heller, R.F., Lay-Yee, R. *Coronary events and exposure to environmental tobacco smoke: A case-control study from Australia and New Zealand*. Tobacco Control 1998; 7: 41-46.
174. Kauffman, F., Dockery, D.W., Speizer, F.E., Ferris, B.G. *Respiratory symptoms and lung function in relation to passive smoking: A comparative study of American and French women*. Int J Epidemiol 1989; 18: 334-344.

3. El tabaquisme femení en la societat

Aquest capítol trenca diversos aspectes implicats en l'aparició i l'expansió del tabaquisme femení, així com els efectes no sanitaris que s'hi impliquen. També obre una breu panoràmica comparada entre les societats anglosaxones i la nostra.

Els importants canvis estructurals, el qüestionament dels valors heretats i la dinàmica socioeconòmica del segle xx han posat en safata que a hores d'ara, per exemple, pràcticament la meitat de dones catalanes d'entre 25 i 45 anys fumin i que el comportament de fumar de les noies superi estadísticament el dels nois. Aquest fet que observem a Catalunya és completament coherent amb el que ha passat prèviament en altres països on les dones s'han emancipat, i la meitat d'elles, per controlar el seu estat d'ànim, angoixes i aspectes de l'educació emocional i sentimental, han triat l'oferta mediàtica que tan artísticament ha pogut desenvolupar la indústria del tabac mitjançant el seguiment de tots els canvis socials i econòmics produïts durant aquests anys.

Les evidències científiques respecte al consum femení o masculí demostren diferències de significat pel que fa al fet objectiu de fumar en el transcurs de la història. En funció de l'accessibilitat del producte ha variat la intensitat de consum, així com el tipus de cigarretes consumides. És imprescindible conèixer els fets clau que acompanyen el desenvolupament de l'epidèmia tabàquica femenina per a poder-hi fer front.

3.1. Evolució històrica

L'any 1492 es produeix el descobriment europeu del tabac procedent del nou món. El tabac és vist com un producte natural i exòtic que arriba del nou món. De seguida va provocar curiositat l'ús de les fulles seques d'una planta que els indis torçaven per a ser fumades. La planta fumable produïa uns efectes embriagadors. Celebraven les cerimònies religioses o civils amb tabac. Els seus costums permetien al cacic de la tribu o al xaman fumar fins a la intoxicació momentània, que era quan se'ls revelaven els secrets que només ells interpretaven i explicaven. La resta de la població, tant pel que fa als homes com les dones, en quedaven exclosos. Al principi l'incorporaren treballadors portuaris, mariners i soldats, si bé no gaudí de bona reputació en general. Quan la tripulació de Colom portà el tabac a Europa,

les persones que gosaren fumar, com Rodrigo de Jerez, varen ser empresonades per la Inquisició. Treure fum pel nas es considerava cosa del diable^{1,2}.

Durant el segle XVI se li atribueixen algunes propietats curatives, circumstància que atorga certa popularitat al fet de fumar. Per exemple, l'ambaixador francès a Lisboa, Jean Nicot, envià tabac a Caterina de Mèdici per calmar la seva migranya, i així anà avançant la popularització i normalització tot expandint-se per la cort francesa i d'allí cap a d'altres països d'Europa. Des d'aleshores, el tabac passa per èpoques en què es promou la seva utilització i per períodes en què és mal vist i perseguit. Al sud d'Europa, homes i dones consumien productes tradicionals de l'època (tabac negre assecat o escalfat fumat en pipa, en cigarretes fetes a mà, tabac de mastegar i cigars), mentre que al nord d'Europa adquireix un altre significat. Els pintors holandesos del segle XVII simbolitzaren la follia humana a través del fet de fumar. Les úniques dones que mostraven tabac eren prostitutes o malaltes mentals. Entre nosaltres, ben aviat agafen vigor veus discrepans i advertències contra els excessos. Al segle XVII encara gaudeix d'una certa valoració positiva, alhora que creix l'oposició a la pretesa acció terapèutica. Es consolida l'oposició científica al seu ús farmacèutic, i l'oposició s'estén cap a l'ús convencional (inhalat en pols o fumat). Al segle XVIII la tècnica d'anàlisi química permet grans avenços, com l'aïllament de la nicotina, el seu principal alcaloide.

L'ús benèfic o innocu del tabac queda científicament desqualificat per sempre a finals del segle XIX. No obstant això, malgrat els avenços científics, ben entrat el segle XIX l'ús social del tabac passa a ser un dels atributs masculins amb exclusió de les dones. El fet de fumar adquireix un caràcter moral. És llavors quan queda reduït a determinats àmbits no ben vistos com els prostíbuls, on les prostitutes no s'amaguen de fumar. La pintura de l'època i la incipient fotografia reflecteixen com a dona fatal la que tenia una cigarreta a la mà. Durant el segle XIX i fins ben entrat el segle XX la norma social no permeté el consum femení de tabac, no era ben vist que les dones fumessin, i si alguna dona occidental ho feia automàticament es considerava de moral dubtosa i que practicava conductes sexuals perverses.

Només algunes intel·lectuals i artistes, com George Sand, van desafiar aquestes acusacions morals. Amb els anys la dona ha començat a decidir coses que l'afectaven directament a ella. Fumar es comença a veure com una llibertat més que la dona va guanyant gràcies a un treball incansable i eficaç. La indústria ven les cigarretes com a "torxes de llibertat" i símbol de l'emancipació femenina³.

A principi del segle XX comença la fabricació industrial a gran escala. És en els països més industrialitzats del moment, com ara el Regne Unit i Holanda, on va començar la proliferació de fàbriques de tabac i la producció massiva de cigarretes. Als Estats Units ja s'havia fundat Philip Morris, que ara compta amb més de 150 anys d'història. La modernització de la producció actualitza i facilita la tasca dels consumidors. Comprar cigarretes empaquetades i preparades convertia en obsoleta la fabricació manual de cada cigarreta. L'enorme èxit de la nova forma de

consumir tabac permet una ràpida proliferació del consum i un considerable augment de la capacitat addictiva. També comença el desenvolupament de les tècniques de màrqueting per introduir i consolidar els missatges de la indústria tabaquera. Tot i que en els anuncis de l'època sovint hi sortien dones joves promocionant el producte, la població diana encara era la masculina i no pas la femenina.

Van haver de passar uns 50 anys des de la producció massiva de cigarretes fins que el tabaquisme femení fos socialment acceptat i fins i tot desitjat en els països del nord d'Amèrica i del nord d'Europa. Això va ser possible no només pels canvis econòmics i socials sinó també per la forma en què la indústria tabaquera va saber capitalitzar els canvis d'actituds socials, en funció de la qual cosa orienta la propaganda on presenta el fet de fumar com a símbol d'emancipació. Aquest missatge, inventat a principi del segle xx, continua avui dia vigent i rendible arreu del món.

La Primera Guerra Mundial va resultar determinant per a l'emancipació femenina i la distribució del consum de tabac entre les dones dels països implicats en el conflicte bèl·lic. No només ocupen l'espai masculí en nombroses tasques: també comencen a vestir pantalons, a practicar esports i a tallar-se els cabells com els nois. Durant els anys 1920-1930 les tabaqueres donen l'empenta definitiva, proporcionant a través de les imatges valors d'alliberació i poder, entre d'altres importants per a les dones. Simplement es tractava d'atraure-les i incorporar-les per crear l'expansible mercat femení. Calia presentar l'hàbit tabàquic no només com quelcom respectable, sinó com una nova conducta per la sociabilitat, a l'última moda, de dones distingides i molt femenines. Com va descriure el Sr. Hill, president de l'American Tobacco Company, l'any 1928, *"serà com obrir una nova mina davant el nostre camí"*⁴.

El tabac no formava part de la llista de prioritats de les dones d'aquells anys, però un factor que va ajudar amb força va ser la recent necessitat per a les noies de l'època de ser primes, amb cabell tallat com els nois i pantalons curts. Aquest va ser un dels fets clau que l'American Tobacco Company va detectar per a vendre tabac. L'any 1925 Lucky Strike llença una de les primeres campanyes publicitàries adreçada directament a les necessitats d'aquella dona que no podia estar grassa com la mare, les tietes o l'àvia. L'eslògan *"Agafa un Lucky en comptes d'un dolç"* va arrasar. Era exactament el que volien escoltar. És fàcil entendre que les dones joves intregressin el tabac com a mètode de control de pes en una societat on moltes s'agraden més com més primes són. Amb aquesta campanya Lucky Strike augmenta en un 200% les vendes de tabac entre les dones. Aquestes es reunien en espais propis femenins, com lavabos i salons de bellesa, per ampliar els límits de les convencions socials acceptades. De fet, fumar no hagués tingut tant d'èxit si la indústria no hagués intervingut, ja que es necessitava desenvolupar una nova imatge social de la dona per trencar la seva associació amb conductes i morals libidinoses⁵.

Un altre aspecte a considerar és que les dones no se sentien còmodes ni atractives fumant en públic, sinó més aviat ridícules. S'atabalaven amb el fum, no

sabien com fer allò que era tan important per la seva nova imatge. La solució fou incloure a la publicitat imatges de dones mostrant com s'havia de fumar amb estil, gràcia i seguretat. També van proveir ben generosament de tabac les actrius més visibles de Hollywood. Sovint les remuneraven per les aparicions públiques i els seus comentaris publicitaris. I també organitzaren curssets per aprendre a fumar arreu dels Estats Units, com els de Philip Morris. Vint anys més tard d'adreçar-se específicament a les dones, pràcticament la meitat de les joves (16-35 anys) van convertir-se en fumadores a la Gran Bretanya, per exemple⁶.

En terres europees i nord-americanes l'emancipació de la dona és ja un fet després de la Segona Guerra Mundial. Els aliats guanyen la guerra fumant cigarretes i cigars. Durant la guerra, als Estats Units la indústria sedueix els diferents segments del mercat femení gràcies a una gran varietat de missatges, productes i marques amb unes sofisticades tècniques de màrqueting per promocionar el tabac manipulant els sentiments patriòtics. Així es normalitza la conducta de fumar entre les dones del nord d'Europa i Amèrica^{7, 8}.

Evolució del context social contemporani i de les dones a Catalunya

En general, als llocs més desenvolupats d'Europa, en els primers anys del segle XX, milloren les condicions de vida urbana, i aquestes millores s'estenen per totes les capes socials. Moltes dones de les ciutats comencen a viure millor que les seves predecessores. No obstant això, a Catalunya les deficiències del sistema escolar produïren una taxa d'analfabetisme molt elevada, que era entre la població femenina substancialment i consistentment més elevada que entre la masculina, malgrat que gradualment es va anar reduint el diferencial⁹. Indubtablement, a principis de segle es donen factors que impulsen l'avenç educatiu de les dones: cert progrés social i econòmic, necessitat d'aportació salarial femenina entre les classes mitjanes, interès del poder pel tema de l'educació i sorgiment d'iniciatives en l'àmbit de l'ensenyament secundari i professional. Els canvis socials que començaren abans de la Guerra Civil mobilitzen les organitzacions de dones per resoldre l'analfabetisme femení, centrat en campanyes educatives per a dones adultes. De fet, fins que les dones comencen a organitzar-se no s'aborda seriosament la qüestió d'una educació específica per a elles. A Catalunya el catolicisme social i el catalanisme conflueixen en la creació de l'Institut de Cultura i Biblioteca Popular per a la Dona, l'any 1909. D'altra banda, es creen centres com l'Escola de Bibliotecàries (1915) i l'Escola d'Infermeres (1919). La Universitat també fa alguns canvis: a partir del 1910 les dones no necessiten un permís especial per matricular-se, tot i haver-hi moltes dificultats per cursar el batxillerat. La segona i tercera dècades del segle veuran l'augment del nombre d'estudiantes matriculades a l'ensenyament

mitjà i superior¹⁰. Pel que fa al seguiment de conflictes laborals, curiosament un dels primers episodis que es coneixen de mobilització massiva d'obreres succeí a Madrid, l'any 1930, quan més de 3000 cigarreres van deixar els estris de treball i atacaren el director de la Fàbrica Estatal de Tabacos per qüestions de salari i condició de gènere⁹. Les ideologies conservadores dels anys trenta varen obstaculitzar el fet que les dones treballassin per un salari, moment en què augmentava el mercat laboral femení.

Els moviments de dones de l'Estat espanyol eren d'índole més sociocultural que política, i lluitaven pels drets socials i civils de la dona al camp de l'educació i el treball, malgrat que des de finals del segle XIX es rebien notícies del moviment de dones d'altres països i la ideologia sufragista arribava a determinats i reduïts nuclis. Un moviment feminista dèbil i tardà, actiu a favor dels drets civils i polítics i una connexió internacional, permet que durant la Segona República, en la redacció de la Constitució del 1931, s'inclogui la primera normativa legal que iguala l'home i la dona davant la llei. Diferents articles reconeixen drets fins aleshores negats a les dones, com ara la protecció de la maternitat, la igualtat en el treball, el permís per a ocupar càrrecs públics, la igualtat de drets en el matrimoni, una llei de divorci i el dret al vot de les dones. Tot i així, el dret al treball remunerat es trobava limitat per les consideracions socials del moment relatives a les obligacions familiars i domèstiques. Pel que fa al control del propi cos i la sexualitat, Catalunya va gaudir d'una legislació capdavantera sobre l'avortament (1936).

Durant la Guerra Civil les dones van tenir una participació activa, especialment en el bàndol republicà. Això va fer esvaïr els sentiments d'inferioritat i subordinació de moltes dones. La nova situació va permetre a les dones l'accés a treballs i espais que fins llavors eren masculins. Per qüestions pràctiques, comencen a portar pantalons, a tallar-se els cabells i, les més agosarades, a fumar. En aquest moment les dones utilitzaven la cigarreta per desfer-se de la imatge de dona antiquada i desfasada.

En els anys de la Postguerra, la dona és un col·lectiu poc homogeni determinat per la classe social que ocupa. Amb la incipient industrialització s'introdueixen certes millores de les condicions socioeconòmiques. Alhora, amb la mecanització de les fàbriques de tabac i l'augment de la producció s'abarateix el producte. Llavors el tabaquisme directe és predominantment masculí i el tabaquisme passiu caracteritza la dona espanyola.

Cap a finals dels cinquanta les dones comencen a reivindicar la igualtat de drets civils, incloent el dret a fumar com els homes. Les noies joves es rebel·len contra el patriarcalisme, i pràcticament moltes d'elles volen comportar-se com els homes. Això portarà a un augment del nombre de joves que fumen a finals dels anys setanta.

La nostra situació era ben diferent de la de la resta dels països occidentals. Irònicament, la posició de submissió de la dona l'estava protegint del consum

del tabac. Aquestes diferències entre gèneres es veieren reforçades per la idea que les dones eren guardianes morals de la societat, i per tant determinades conductes no eren acceptades. Els escassos recursos econòmics dels quals disposaven van dificultar encara més el consum¹¹. Als anys seixanta poques dones fumaven de forma oberta, si bé la coincidència de les millores socioeconòmiques i l'escolarització normalitzada de les noies, juntament amb la influència dels moviments estudiantils del maig del 68 —entre d'altres esdeveniments— permeten als estratègics de les tabaqueres renovar els missatges per tal de mantenir-se emocionalment pròxims a les dones que refusen el que elles consideren obsolets models d'identificació de gènere.

Durant els anys seixanta, en els països anglosaxons la igualtat entre els gèneres esdevé l'argument més important per a la promoció del tabac. El tema ja no era l'accés de la dona al món masculí, sinó al seu propi món amb independència i igualtat per a les dones. Lògicament aquest discurs de la indústria no podia ser el mateix a Espanya, on no va ser fins a principis dels setanta quan es va començar a promocionar el tabac amb una publicitat que recolzava la idea que la dona tenia permís per a entrar en l'exclusiu món masculí. Era l'home, com un Pigmalí, qui ensenyava la dona a fumar (Fig. 3.1.).

Paral·lelament apareix un florent moviment feminista. Les activistes i les historiadores especialitzades en estudis de les dones se les enginyen per reconstruir els senyals perduts i recuperar la visibilitat i el paper de la dona. Descobrixen el compromís de les seves avantpassades amb la democràcia i els drets de les dones, modelen la consciència de les noves generacions de dones i les estimulen a trobar un paper actiu envers la democràcia, la llibertat i l'alliberació de les dones.

La publicitat directa, en detectar els canvis de comportament de les noies sense trencar l'arquetip, presenta imatges provocadores i alhora normalitzadores de la conducta de fumar. Tot aquest treball va donar el seu fruit. Si fora el fet es produeix als anys cinquanta, el fet es replica en les nostres àrees urbanes als anys setanta, quan es consolida i generalitza la lluita d'oposició al règim. Al nostre país les dones amb compromís polític, les de classe



Fig. 3.1.: Publicitat del tabac als anys 70.

alta que es volen distingir, aquelles que comencen a tenir un treball ben remunerat, són les primeres que ostenten aquesta nova conducta. Són les dones més instruïdes, les més viatgeres o les més consentides les que trenquen el gel i obertament comencen a fumar. La resta mira de reüll, encara no s'atreveix a faltar a les estrictes normes morals o socials.

A principi dels vuitanta es desplega l'estat del benestar o assistencial. En pocs anys Espanya s'integrarà a la Unió Europea. Durant els primers anys de la jove democràcia els canvis socials i econòmics es produeixen amb gran velocitat. La nova democràcia retorna la legitimitat al moviment feminista: la dona va reconquerint les llibertats i els drets que la dictadura li negà, torna a ser present en la societat i a participar-hi activament. La legislació la té en compte una altra vegada i es van abolint les lleis que la desprotegien.

Pel que fa al tabaquisme femení, els canvis tampoc es fan esperar i sorprenen per la seva velocitat: augmenta el consum de tabac per part de les dones, que reivindiquen l'equiparació dels drets civils entre els dos sexes; les noies joves, armades amb els mateixos estris que els homes, obtenen l'autoconfiança i el prestigi social d'una certa emancipació, i, de la mà de la cigarreta i la publicitat que se li dedica, el tabaquisme femení es visualitza i s'integra progressivament en el fins aleshores exclusiu món masculí. En canvi, per tot un conjunt de factors comença la inflexió del consum de tabac entre la població masculina.

L'any 1975 Tabacalera crea la marca Fortuna i el mercat espanyol s'obre a la comercialització de productes pertanyents a companyies multinacionals, amb la irrupció de marques com Marlboro o Winston. La publicitat de l'època mostra imatges que pretenen ser rupturistes i s'adrecen a les dones emancipades; són un exemple de com representacions culturals aparentment transgressores han emès un missatge rupturista pel que fa als costums sense modificar en profunditat els arquetips de gènere vigents a la societat. Malgrat les limitacions de gènere de l'època en què les dones decideixen fumar obertament, no es qüestiona la definició del rol de la dona.

Un cop es consolida la democràcia ens encarrilem cap a la integració a la Unió Europea. Des de la meitat dels vuitanta, ideològicament comencem a sentir-nos europeus, intentant igualar el seu nivell de vida i els seus costums externs com el de fumar.

Avui els mitjans de comunicació difonen profusament els models socials. Les pel·lícules en el cinema o la televisió només donen imatges estereotipades i sovint allunyades de la realitat dels espectadors¹². Les revistes femenines donen consells i suggeriments pràctics, més realistes, però sense la coherència global i la justificació social i moral que proporciona el model matern o patern, tant si l'adoptem com si el rebutgem. Cada casa pot, en efecte, seguir l'exemple familiar adaptant-lo a les condicions noves o rebutjar-lo i inspirar-se en els models observats en els

altres o en els que mostren els mitjans de comunicació. Si bé abans la gent tractava de comportar-se d'acord amb els models de l'entorn social, avui les converses de bon gust tracten sobre l'originalitat i el món imaginari que permet ser i sentir-se bé amb un mateix.

La diversitat sedueix mentre que la uniformitat ens produeix tedi i esdevé amenaçadora, ara i abans. Per aquesta raó tendim a la diversificació dels nostres costums. El poder d'elecció entre una gran diversitat és sols un exemple de la varietat que s'introdueix en els costums en general i en les estructures socials. La diversitat creixent dels nostres gustos i preferències obstaculitza el predomini d'una sola influència. Les tabaques són les primeres interessades a aconseguir que creiem i pensem que som lliures.

Ara tothom es considera lliure de construir per si mateix els propis valors, les creences, les normes, els costums i la manera de viure, de crear-se una família i d'escollir formes religioses que el permetin sentir-se bé. Les associacions responen a les activitats que s'han elegit, i de les xarxes d'amistat es pot connectar o desconnectar quan es vulgui. Les estructures religioses i familiars no són tan coactives com abans¹³. Cada persona es construeix la pròpia norma de vida. Aquest procés és més llarg, difícil i tèrbol que quan hi havia models preparats per a ser aplicats sota la imposició del grup o de les autoritats.

Actualment ens trobem que a Europa la majoria de noies fumen més que els nois. Aquest és un fet sense precedents, i sembla que la tendència s'orienta en aquesta línia^{14, 15}. En països com Suècia les dones fumen més que els homes, en el global de la població. Després de l'experiència del segle xx segons la qual la mortalitat masculina pel consum de tabac ha devastat individus i famílies, s'ha d'evitar sobretot que es reproduïxi la segona epidèmia evitable¹⁶. La prohibició de la publicitat, el patrocini i les promocions no ha d'afectar només alguns països privilegiats del món, sinó que s'ha de fer extensiva a tot arreu¹⁷. És necessari el reconeixement del tabaquisme femení com a problema de salut. A més de crear programes per atendre les necessitats específiques de les dones, cal potenciar tot tipus de connexions amb les diferents organitzacions que treballen pels interessos de les dones.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) i la Tobacco Free Initiative han creat el Conveni Marc sobre la Lluita Antitabàquica amb la finalitat expressa de centrar l'atenció i els recursos internacionals en l'epidèmia mundial del tabaquisme. Aquest conveni pretén donar força a les dones en la lluita mundial contra el tabac.

A Europa, la Unió Europea finança la INWAT (International Network of Women Against Tobacco), que aviat difondrà el seu informe amb els elements clau per al desenvolupament d'estratègies per a Europa. La INWAT va ser creada l'any 1990 per dones d'arreu del món compromeses amb la salut i el benestar de les persones. Aquestes persones van passar a l'acció creant una xarxa mundial (INWAT).

L'any 1997, amb el patrocini de la Unió Europea s'estableix INWAT-Europa com a projecte pilot. Inicialment integrat per cinc estats, ara compta amb nou països i prop de 150 membres de la resta de països europeus. INWAT-Europa treballa juntament amb organitzacions internacionals, com la Xarxa Europea per a la Prevenció de Tabaquisme (ENSP) i l'OMS, entre d'altres. INWAT-Europa publica un butlletí informatiu bianual per tal de mantenir informades totes les persones que integren la xarxa. A més, aquestes tenen un directori amb les dades dels altres membres per afavorir la comunicació interna. Junta-



Fig. 3.3.: Publicitat del tabac a finals dels anys 90.

ment amb l'Institut Català de la Dona i el suport, des del seu inici, del Consell Assessor del Tabaquisme del Departament de Sanitat i Seguretat Social, INWAT-Europa ha desenvolupat a Catalunya un pla d'acció que consta d'un curs de formació de formadores, previ al desplegament pilot a diferents centres referents de la xarxa de dones de Catalunya. Amb bona acceptació, també ha participat en cursos pioners que es comencen a dur a terme basats en la diferència del gènere en la salut. INWAT també vetlla pel desplegament de recerca mèdica i social, i per l'a-

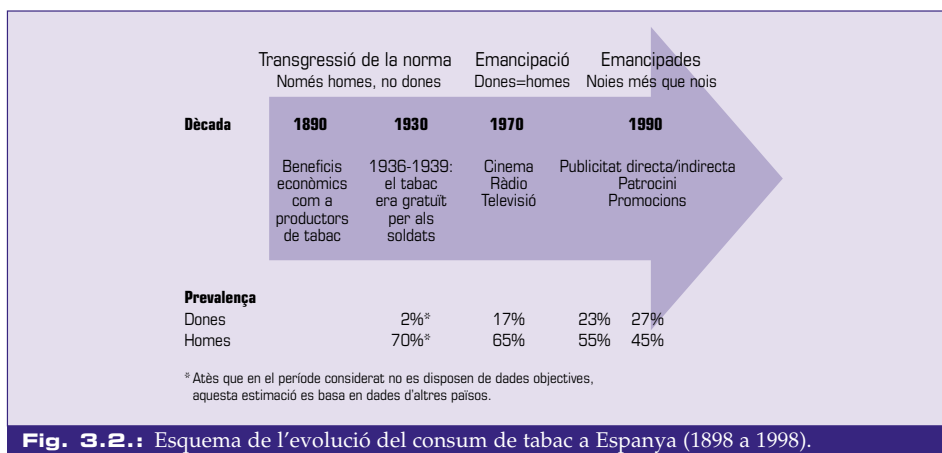


Fig. 3.2.: Esquema de l'evolució del consum de tabac a Espanya (1898 a 1998).

dequació dels nous programes adreçats a la dona perquè valorin la salut de les dones, no només en la seva vessant reproductiva sinó des d'una visió de salut integral, fent visible la morbiditat femenina diferencial silenciada fins recentment. La recerca ha de tenir en compte el fet diferencial, biològic, fisiològic, psicològic, social i cultural¹⁸. Sense aquesta perspectiva és molt difícil millorar la salut i la qualitat de vida de les dones.

Ara que entrem en el segle XXI el repte és desenvolupar programes de control del tabaquisme orientats a les necessitats reals del col·lectiu femení¹⁹, programes que incorporin els mètodes del màrqueting social de la mateixa manera que ho han fet durant tot el segle XX les tabaqueres. Van partir de zero i han aconseguit que la meitat de les dones joves catalanes fumin. Ha estat una gran i molt calculada inversió de la indústria per atraure dones consumidores amb l'únic objectiu de compensar el descens de consum del mercat masculí (Fig. 3.2. i 3.3.).

3.2. Tabaquisme i desigualtats

Tabaquisme i nivell socioeconòmic

En els països amb una llarga història de control del tabaquisme l'hàbit tabàquic ha mostrat canvis en relació amb els grups socioeconòmics. A principi de segle van ser els homes de nivell socioeconòmic més alt els que van començar a fumar en els països anglosaxons. Llavors les cigarretes eren molt cares i es feien a mà. A la mateixa època, els homes que pertanyien a les classes socials més desfavorides fumaven poca quantitat. Alhora, altres factors relacionats amb els estils de vida com ara el consum d'alcohol, la manca d'exercici físic i l'obesitat també eren més freqüents en els homes de les posicions més privilegiades²⁰. Avui en dia passa el contrari, tant als països anglosaxons com als mediterranis, i per tant al nostre. Els homes que tenen menys recursos són en aquests moments el repte dels professionals de la salut pública, perquè al problema socioeconòmic que pateixen s'afegeix una major prevalença d'estils de vida no saludables que empitjoren la seva salut.

Entre la població femenina dels països anglosaxons es va produir la mateixa situació que la descrita en la població masculina. Si bé, al principi, les dones que més fumaven eren les de les classes més afavorides, des de 1960 les prevalences de l'hàbit tabàquic s'han anat reduint en aquestes classes socioeconòmiques. L'any 1994, l'Scottish Heart Health Study informava d'unes taxes de prevalença de tabaquisme del 24% en les dones de classe mitjana de les rodalies de la ciutat, en comparació amb un 50% en les dones

de la classe treballadora del nord de la ciutat²¹. Jacobson²² ja preveia l'any 1986 que les dones menys privilegiades serien les principals víctimes del tabac: "si segueixen les mateixes tendències, el tabac trobarà les seves futures víctimes principalment en dos grups de dones, les d'ingressos reduïts i les mares treballadores més desfavorides dels països rics. En aquest grup trobem dones doblement desfavorides: pertanyen a minories ètniques i són més pobres que les dones blanques".

Òbviament, en aquest creixement d'adeptes femenines a l'hàbit tabàquic en les classes socioeconòmiques més desfavorides va tenir molt a veure la indústria tabaquera. La revelació de documents secrets de la indústria del tabac ha mostrat que les tabaqueres havien segmentat el mercat femení en funció de l'educació, els salaris i el tipus de treball, i a partir d'aquests potencials mercats han obtingut informació clau per dissenyar les campanyes de promoció del producte²³.

En el nostre medi la situació ha evolucionat de forma diferent: mentre que en els països anglosaxons el consum s'iniciava pels homes de les posicions més altes i seguia per les dones del mateix sector, passant posteriorment als homes i dones de les posicions més desfavorides, al nostre país es fa evident que va ser una epidèmia predominantment masculina. Primer van començar a fumar els homes de classe mitjana i després l'hàbit tabàquic es va estendre a la resta de la població masculina. Només tardanament es va fer la incorporació massiva de la dona a l'hàbit tabàquic, tal com es descriu a l'apartat anterior. Avui en dia s'estan confirmant els patrons de consum que es podien preveure seguint les tendències anglosaxones: les dones de classe acomodada comencen a deixar de fumar i, contràriament, les dones de classes més populars continuen augmentant el consum, tal com es pot veure en l'apartat 4.3. (pàg. 66). El tabac, més que cap altre factor identificable, contribueix progressivament a incrementar l'espai existent en esperança de vida saludable entre els més afavorits i els més necessitats²⁴. Aquestes diferències de prevalença del tabaquisme segons els nivells socioeconòmics es reflecteixen en la salut, i fan que s'incrementin les desigualtats. L'Informe Acheson sobre desigualtats en la salut va manifestar que les taxes de prevalença de l'hàbit tabàquic, relativament estables en els grups desfavorits de dones i homes, suggerien que intensificar simplement les actuals estratègies per lluitar contra les desigualtats no seria suficient per controlar el problema²⁵.

El problema de les desigualtats en salut s'agreuja encara més en el cas del tabaquisme femení, en part pel paper de la dona en la nostra societat, com veurem en el següent apartat d'aquest capítol. Cal entendre el tabaquisme femení no només com un problema de discrepàncies de sexe sinó també com una àmplia diferència dins el context de la societat actual. A Catalunya encara no hem assolit la prevalença de l'hàbit tabàquic femení en les capes més desfavorides de la societat, com es produeix en els països anglosaxons. Encara estem, doncs, en una millor posició per evitar que ens passi el mateix.

La dona i el tabac en la societat actual

Malgrat el pas del temps, la dona segueix sent, tant als països anglosaxons com al nostre, el centre de tota la vida familiar, encara que s'hagi incorporat al món laboral en menor o major grau. En la societat actual la dona té diferents rols com a esposa, mare, filla i membre de la comunitat; a més, és majoritàriament la cuidadora sanitària familiar, encarregant-se dels problemes que poden sorgir en els diferents membres de la família, especialment els nens i els d'edat més avançada. Per poder analitzar la necessitat d'implementar polítiques de control del tabaquisme femení cal tenir en compte l'ampli concepte de la determinació social de la salut en les dones i integrar el tabac amb altres problemes sanitaris femenins. Una política integrada i global per millorar la salut de la dona ha de facilitar que aquesta pugui estar totalment informada de la seva pròpia salut, amb el dret de tenir capacitat d'elecció i control del seu propi cos ("*empowerment*"). Per últim, s'ha d'orientar cap a les necessitats d'aquelles dones més desfavorides des d'un punt de vista econòmic, social i cultural.

En el cas del tabac, la dona no només pateix els seus efectes directes sobre la salut sinó que per la seva condició femenina en la societat, comentada anteriorment, assumeix moltes de les conseqüències indirectes negatives del tabac, en forma de càrregues financeres i laborals quan algun familiar emmalalteix o mor per causa del tabac²⁶. Actualment, en els països desenvolupats, la diferència en les taxes de prevalença en l'hàbit tabàquic, descrita en l'apartat anterior entre els grups socials femenins, no reflecteix només una diferència en la informació rebuda sobre la salut, sinó que a més mostra una diferència en posar aquest coneixement a la pràctica. En efecte, un nivell educatiu i socioeconòmic baix pot suposar un menor accés a una informació adequada sobre hàbits de vida saludables, però també pot representar una menor oportunitat per canviar els estils de vida no saludables com ara el tabaquisme. En els països anglosaxons, les dones amb nens petits i problemes econòmics i familiars, entre altres, no han estat sensibles fins ara als consells d'educació sanitària que han aconseguit que les dones de nivells socioeconòmics més alts hagin canviat el seu comportament respecte al tabaquisme²⁷.

Així, estudis quantitius mostren que el tabac és una excepció a la norma econòmica per la qual les famílies sense recursos organitzen el pressupost familiar^{28, 29}. En general, aquestes dones prioritzen la despesa per elements essencials com ara l'alimentació i, en canvi, no donen importància a la compra d'altres productes relacionats amb els hobbies o la roba. El tabac és una excepció, ja que, actualment, als països anglosaxons gastar en tabac està inversament relacionat amb el salari d'aquestes famílies. En efecte, els pobres tendeixen a gastar una proporció més alta dels seus ingressos en tabac³⁰.

Una recerca més qualitativa ha posat de manifest que les llars amb necessitats importants desenvolupen estratègies per resistir la dificultat amb la qual es troben a la seva vida diària³¹. En aquestes situacions les dones poden entendre que el tabac empitjora la seva salut, però, en canvi, creuen que és més important fumar per trencar amb la pressió de cada dia. Amb el tabac creuen recuperar tota la seva capacitat psicològica per poder trobar-se en una millor posició a l'hora de mantenir el benestar dels seus.

Aquestes complexes relacions que existeixen entre el benestar de la família i el de l'individu, és a dir, de la pròpia dona, i entre el manteniment de la salut i el de la casa han de ser reconegudes pels professionals sanitaris a l'hora de motivar la cessació de l'hàbit tabàquic en la dona en condicions socioeconòmiques desfavorides. Estratègies de tipus social que facilitin la feina i l'organització familiar de la dona són útils indirectament per millorar la seva salut i deixar de fumar. Es recomanen polítiques antitabac que siguin efectives en els grups de baix nivell socioeconòmic, potser utilitzant polítiques de preus i intervencions comunitàries³². A Catalunya encara no s'han assolit els valors anglosaxons; no obstant això, es necessita estimular la recerca quantitativa, i sobretot qualitativa, que ajudi a descriure millor la interacció de tots els determinants socials en el consum de tabac femení per poder desenvolupar polítiques de control del tabaquisme femení efectives en el nostre context. En aquest sentit, s'ha de reconèixer el paper de la dona en la nostra societat com a proveïdora de cures, com a model a seguir per part dels fills i promotora potencial d'estils de vida saludables.

PUNTS CLAU

- Històricament, el tabaquisme femení s'ha associat arreu del món a l'emancipació i adopció d'un nou paper en la societat per part de la dona.
- Al llarg del segle XX les multinacionals del tabac, mitjançant una publicitat molt ben dirigida, han aconseguit que la població femenina jove s'hagi anat incorporant progressivament a l'hàbit tabàquic i s'equipari en consum als homes de la seva edat.
- A Catalunya, com a Espanya, la posició social desfavorable que ha patit la dona durant bona part del segle l'ha protegit, paradoxalment, del consum de tabac fins als anys seixanta.
- A partir dels anys setanta, l'hàbit tabàquic femení s'estén progressivament per tots els estrats socials, començant per les classes benestants i seguint per les mitjanes, que són les que més fumen actualment.
- A Catalunya, com a altres països occidentals, el tabac contribueix a incrementar el diferencial de salut i l'expectativa de vida entre els més i els menys afavorits.
- A Catalunya, on encara les classes femenines més desfavorides no són les que més fumen, existeix un cert marge per posar en marxa polítiques integradores i globals de control del tabaquisme femení que aconseguixin fer arribar informació a aquesta població, alhora que creïn un marc social, econòmic i cultural que faciliti a la dona la no elecció del tabac.

BIBLIOGRAFIA

1. López Linage, J., Hernández Andreu, J. Una historia del tabaco en España. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Cetarsa, Madrid 1990.
2. Cunningham, R. The Canadian tobacco war. International Development Research Centre, Ottawa 1996.
3. Amos, A., Haglund, M. *From social taboo to "torch of freedom": The marketing of cigarettes to women*. Tobacco Control 2000; 9: 3-8.
4. Brandt, A.M. *Recruiting women smokers: The engineering of consent in smoking and women's health*. Journal of the American Women Association 1996; 51: 63-66.
5. Bernays, E.L. *Biography of an idea: Memories of public relations counsel Edward Bernays*. Simon and Schuster, New York 1965.
6. Wald, N., Nicolaides-Bouman, A. *UK smoking statistics*. Oxford University Press, Oxford 1991.
7. O'Keefe, A.M., Pollay, R.W. *Deadly targeting of women in promoting cigarettes*. JAMA 1998; 51(1): 2.
8. Vierola, H. *Tobacco and women's health*. Hèlsinki, Finlàndia 1998.
9. Nash, M. Rojas. Grupo Santillana, Madrid 1999.
10. Anderson, B., Zinsser, J. *Historia de las mujeres: Una historia propia*. Vol. 2. Crítica, Barcelona 1991.
11. Graham, H. *The social determination of women's health*. INWAT Europe Expert Seminar, 1999.
12. Amos, A., Bostock, Y. *Putting women in the picture*. BMA, Londres 1992.
13. Pérez Díaz, V. *La primacía de la sociedad civil*. Alianza Editorial, Madrid 1990.
14. Mendras, H. *Sociología de Europa occidental*. Ciencias sociales. Alianza Editorial, Madrid 1997.
15. Graham, H. *Women and smoking in the United Kingdom: The implications*. Health Promotion 1989; 3: 371-382.
16. Marín Tuyà, D. *Mujeres y tabaco: Salir del fuego para caer en las brasas, historia de una generación*. La Vanguardia, 17.1.99.
17. Greaves, L. *Background paper on women and tobacco*. Health Canada, Ottawa 1987.
18. Marín Tuyà, D. *¿Por qué fuman las mujeres?* Mujeres y Salud, 5.2.2000.
19. Horne, T. *Women and tobacco, a framework for action*. Ottawa 1995.
20. Simpson, D. *Los médicos y el tabaco*. Tobacco Control Resource Centre, Hampshire 2000.
21. Crossan, E., Amos, A. *Under a cloud, women, low income and smoking*. Health Education Board for Scotland, 1994.
22. Jacobson, B. *Beating the ladykillers*. Pluto Press, London 1986.

23. Brown and Williamson. Avaluació del públic femení. Tobacco Resolution, 1989 (correu intern).
24. Secretary of State for Health, and the Secretaries of State for Scotland, Wales and Northern Ireland. Smoking kills. A white paper on tobacco. The stationery office, London 1998.
25. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The stationery office, London 1998.
26. Jané Checa, M. *El tabaquismo femenino*. La Vanguardia 20.8.99.
27. Amos, A. *Women and smoking*. Br Med J 1996; 53: 74-89.
28. Graham, H. *The changing patterns of women's smoking*. Health Visitor 1988; 62: 22-24.
29. Graham, H., Hunt, K. *Socio-economic influences on women's smoking status in adulthood: Insights from the West of Scotland. Twenty-07 study*. Health Bulletin 1998; 56: 757-765.
30. Ernster, V., Kaufman, N., Nichter, M., Samet, J., Yoon, S.Y. *Women and tobacco: Moving from policy to action*. Bulletin of the WHO 2000; 78: 891-901.
31. Graham, H. *Women's smoking and family health*. Soc Sci Med 1987; 25: 47-56.
32. Cavelaars, A., Kunst, A., Geurts, J., Crialesi, R., Grotvedt, L., Helmert, U. i cols. *Educational differences in smoking: International comparison*. Br Med J 2000; 320: 1102-1107.

4. Epidemiologia del tabaquisme femení

4.1. Context internacional

En tots els països van ser els homes de les classes socials més afavorides els primers que es van iniciar en l'hàbit tabàquic des dels inicis del segle xx. Atès l'increment generalitzat del nivell de vida i els avenços aconseguits pels moviments feministes quan el tabaquisme masculí estava àmpliament estès, les dones es van incorporar a l'hàbit tabàquic seguint unes pautes inicials semblants, i començant les de les classes socioeconòmiques més afavorides. Va ser després de la Segona Guerra Mundial quan es va disparar la prevalença del tabaquisme femení en gran part dels països de l'Europa Occidental, fet derivat a més d'una major igualtat entre sexes ja que les dones havien hagut d'ocupar les feines dels homes mentre aquests participaven en la guerra. Així, a principi dels anys noranta, un 26% de les dones de la Unió Europea fumaven¹.

Encara que és difícil comparar les dades procedents de diferents països, perquè varien en la definició del consum de tabac, en les característiques de la mostra de la població i en els mètodes d'entrevistes, entre d'altres², en general, avui en dia es pot dir que la prevalença del tabaquisme masculí és encara superior a la del tabaquisme femení en la majoria de països, excepte en els escandinaus (Dinamarca, Noruega i Suècia), Irlanda, Islàndia, Canadà i el Regne Unit, on pràcticament no es donen diferències significatives entre sexes (Taula 4.1.). A la resta de països, com que cada vegada hi ha menys homes que fumen, el nombre d'homes fumadors i de dones fumadores tendeix a convergir. En un futur no gaire llunyà podria haver-hi més dones fumadores que homes fumadors, ja que el tabaquisme femení disminueix a un ritme més lent que el masculí o encara està augmentant, com passa en el nostre medi. En els països del sud d'Europa encara hi ha diferències importants entre sexes, però amb una tendència a disminuir atès el consum creixent entre les dones més joves.

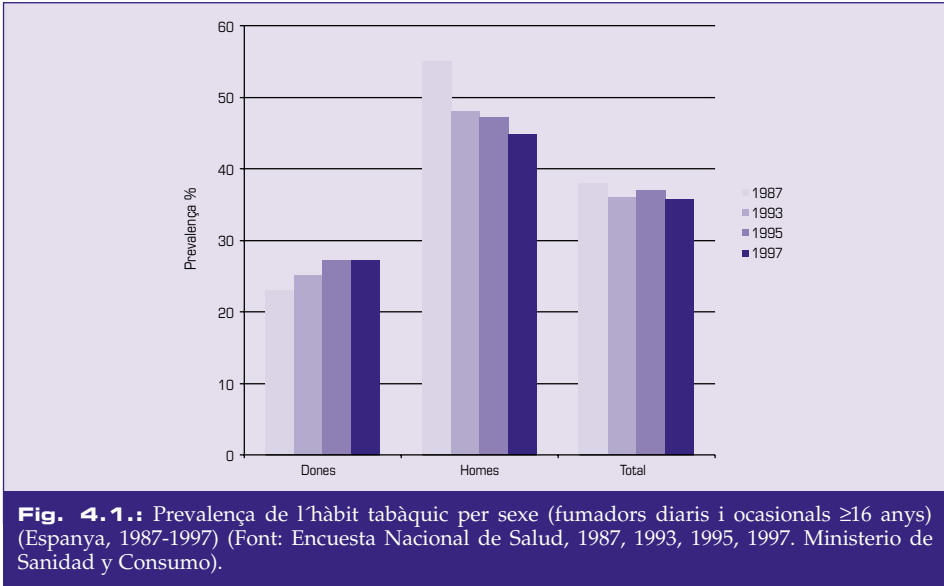
Taula 4.1.: Prevalença (%) de l'hàbit tabàquic en dones i homes de 15 anys i més en països seleccionats, ordenats segons la prevalença de l'hàbit tabàquic femení.

País (any de l'enquesta)	Dones	Homes
Dinamarca (1993)	37,0	37,0
Noruega (1994)	35,5	36,4
Federació Russa (1993)	30,0	67,0
Canadà (1991)	29,0	31,0
Holanda (1994)	29,0	36,0
Grècia (1994)	28,0	46,0
Islàndia (1994)	28,0	31,0
Irlanda (1993)	28,0	29,0
Àustria (1992)	27,0	42,0
França (1993)	27,0	40,0
Itàlia (1994)	26,0	38,0
Luxemburg (1993)	26,0	32,0
Suïssa (1992)	26,0	36,0
Regne Unit (1994)	26,0	28,0
Espanya (1993)	25,0	48,0
Suècia (1994)	24,0	22,0
Estats Units (1993)	22,5	27,7
Alemanya (1992)	21,5	36,8
Austràlia (1993)	21,0	29,0
Bèlgica (1993)	19,0	31,0
Finlàndia (1994)	19,0	27,0
Portugal (1994)	15,0	38,0

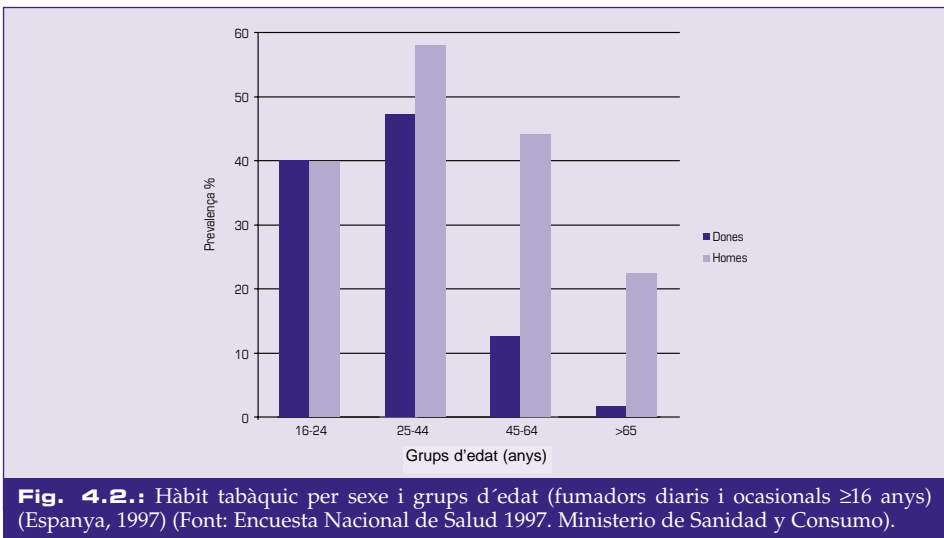
Font: Tobacco or health: A global status report. World Health Organisation, Geneva 1997.

4.2. L'hàbit tabàquic a Espanya

A Espanya, el 1978, el 65% dels homes fumaven per comparació a un 17% de les dones¹. La darrera Encuesta Nacional de Salud, del 1997, mostra una prevalença de l'hàbit tabàquic al conjunt de la població espanyola de 16 anys i més d'edat d'un 35,7%³. Encara existeix una gran diferència entre ambdós sexes: la prevalença masculina és d'un 44,8% i la femenina d'un 27,2% (Fig. 4.1.).



El 1987 la prevalença de l'hàbit tabàquic a la població masculina era del 55%. En deu anys es va reduir 10,2 punts. A la població femenina la prevalença de l'hàbit tabàquic l'any 1987 era d'un 23%, augmentant 4,2 punts, fins al 27,2%, durant el mateix decenni⁴. L'anàlisi de les dades de 1997 per grups d'edat (Fig. 4.2.) mostra



la incorporació tardana de la dona espanyola a l'hàbit tabàquic. En efecte, les dones que més fumen són les que tenen entre 16 i 44 anys. En canvi, només el 12,5% de les dones entre 45 i 64 anys fuma; per sobre dels 65 anys aquest percentatge es redueix a un 1,6%. Això és degut al fet que les dones van iniciar-se majoritàriament en l'hàbit tabàquic a finals dels anys seixanta, amb la incorporació al món laboral i les millores d'accés a l'educació secundària i universitària. Aquest patró característic de l'hàbit tabàquic per grups d'edat en les dones espanyoles podria comportar en el futur una epidèmia de malalties relacionades amb el tabac, si no és que els programes de control del tabaquisme siguin efectius.

4.3. L'hàbit tabàquic en la població general de Catalunya

Des de 1982 a Catalunya es realitzen enquestes periòdiques per conèixer l'estat actual del tabaquisme a la població general. La darrera enquesta sobre tabaquisme corresponent a l'any 1998 (Taula 4.2.) mostra que un 30,9% de la població d'ambdós sexes més gran de 14 anys és fumadora (fumadors diaris i ocasionals)⁵. Entre els homes, la prevalença de l'hàbit tabàquic és d'un 39,3% mentre que en les dones es situa en un 23,0%. Així mateix, un 18,2% de la població d'aquesta edat és exfumadora, un 27,7% en el cas dels homes i un 9,2% en el de les dones. Si considerem la població d'edat compresa entre els 15 i 64 anys, la prevalença de l'hàbit tabàquic per ambdós sexes és de 37,5; en aquest cas, en els homes la prevalença es situa en un 44,4%, i en les dones en un 30,7%.

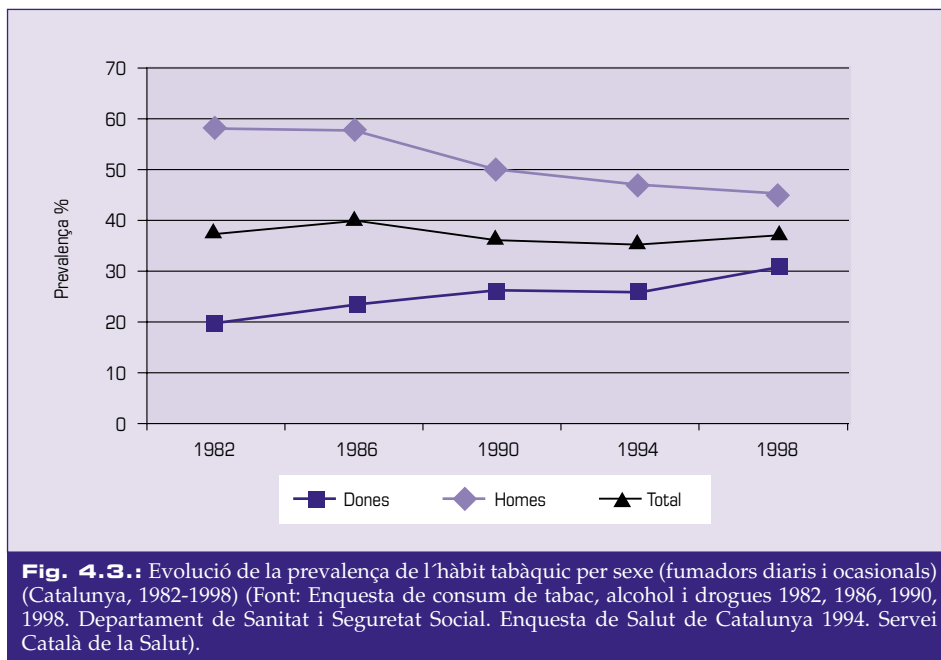
Taula 4.2.: Hàbit tabàquic per sexe a la població més gran de 14 anys (Catalunya, 1998).

	Fumadors actuals (diaris + ocasionals) (%)	Exfumadors (%)	No fumadors (%)
Dones	23,0	9,2	67,8
Homes	39,3	27,7	33,0
Ambdós sexes	30,9	18,2	50,9

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 1998.

En 16 anys, des del 1982 al 1998, la prevalença de l'hàbit tabàquic a la població general de 15 a 64 anys s'ha mantingut pràcticament estable, reduint-se només 0,4 punts (Fig. 4.3.). Existeix, però, una gran diferència de comportament segons el sexe. En efecte, en el cas dels homes, la prevalença de fumadors ha passat de 58,3% a 44,4%, reduint-se gairebé 14 punts durant el període analitzat. En canvi, en les dones la prevalença de l'hàbit tabàquic ha augmentat 10,7 punts,

passant de 20,0% l'any 1982 a 30,7% l'any 1998. Això ha fet que la prevalença global en aquest segment d'edat hagi estat pràcticament la mateixa.



Quan s'analitzen les dades per grups d'edat (Taula 4.3.), en els homes la disminució de la prevalença de l'hàbit tabàquic es produeix en tots els grups des de 1982. Només en el grup dels més joves, de 15 a 24 anys, es trenca la tendència decreixent que s'havia donat fins al 1994; al 1998 fumen el 43,4% dels nois d'aquesta edat a Catalunya. En canvi, en el cas de les dones, des de 1982, la prevalença de l'hàbit tabàquic ha augmentat gairebé en tots els grups d'edat, ja que només s'observa una caiguda en el grup de 55 a 64 anys i en el de les més joves, de 15 a 24 anys. Cal destacar que, tal com ha passat en els nois, en aquest darrer grup s'ha trencat la tendència decreixent que s'havia donat fins al 1994. Avui en dia fumen el 45,1% de les noies catalanes de 15 a 24 anys (Fig. 4.4.). El grup d'edat que ha experimentat l'augment de prevalença més important ha estat el de 35 a 44 anys (28 punts), en part pel desplaçament de la cohort i seguint la tendència que s'havia produït fins al 1994, sent un dels augments més importants d'Europa⁶.

Com era històricament natural, la prevalença del tabaquisme s'ha observat des de 1982 més elevada en el sexe masculí que en el femení en tots els grups d'edat⁷. En canvi, l'enquesta de 1998 mostra que actualment les dones joves de 15 a 24

Taula 4.3.: Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic per sexe (Catalunya, 1982-1998).

	1982 (%)	1986 (%)	1990 (%)	1994 (%)	1998 (%)	Variació 1982-1998 (%)
Dones						
15-24 anys	48,0	50,4	37,4	33,7	45,1	-6,0
25-34 anys	34,8	38,7	44,6	45,1	43,9	+26,1
35-44 anys	12,3	15,4	18,5	30,3	40,3	+227,6
45-54 anys	8,6	14,3	10,8	11,3	16,1	+87,2
55-64 anys	4,4	2,8	5,5	3,4	2,4	-45,5
>64 anys	-	-	1,4	1,5	1,5	+7,1
15-64 anys	20,0	23,4	25,7	25,6	30,7	+53,5
Homes						
15-24 anys	58,6	54,4	39,1	38,5	43,4	-26,0
25-34 anys	66,9	69,0	53,4	58,4	50,4	-24,7
35-44 anys	61,3	61,4	57,3	54,0	53,9	-12,1
45-54 anys	61,3	57,2	65,1	46,4	40,2	-34,4
55-64 anys	47,6	47,4	47,8	36,6	30,2	-36,6
>64 anys	-	-	33,6	22,8	20,8	-38,1
15-64 anys	58,3	57,6	49,7	46,3	44,4	-23,8

Font: Enquesta de consum de tabac, alcohol i drogues 1982, 1986, 1990. Enquesta sobre l'hàbit tabàquic 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de Salut de Catalunya 1994, Servei Català de la Salut.

anys fumen més que els nois de la mateixa edat, concretament un 45,1%, sent la ràtio H/D (home/dona) de 0,96 per aquest grup. Les diferències entre les prevalències es van accentuant amb l'edat. Així, en el grup de 25 a 34 anys la relació H/D és d'1,15, i passa a 12,6 en el grup d'edat de 55 a 64 anys. A més, el patró de l'hàbit tabàquic per grups d'edat en els homes és ben diferent del de les dones. La prevalença de l'hàbit tabàquic masculí és homogèniament elevada per a tots els grups d'edat, sent superior al 40% per sota els 55 anys i mantenint-se al voltant del 30% per sobre aquesta edat. En canvi, la prevalença de l'hàbit tabàquic femení és molt elevada, més d'un 40%, per sota els 44 anys, i a partir dels 45 anys decreix fins al 16%, fet indicatiu novament de la incorporació tardana de la dona catalana a l'hàbit tabàquic. De fet, un estudi que analitza el patró d'iniciació en l'hàbit tabàquic per gènere a Catalunya mostra que el patró de convergència del tabaquisme entre gèneres va començar durant el període 1968-1972 i s'ha mantingut fins ara. Abans dels anys seixanta era poc freqüent que una dona catalana fumés⁸.

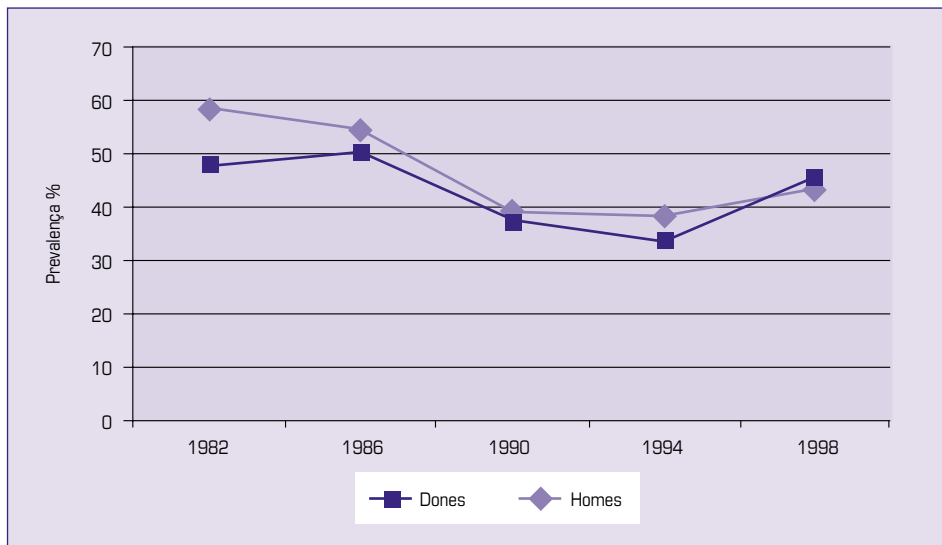


Fig. 4.4.: Evolució de la prevalença del tabaquisme en el grup d'edat de 15 a 24 anys per sexe (fumadors diaris i ocasionals) (Catalunya, 1982-1998) (Font: Enquesta de consum de tabac, alcohol i drogues 1982, 1986, 1990, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de Salut de Catalunya 1994. Servei Català de la Salut).

Actualment, a la població general de Catalunya més gran de 14 anys, fuma més la classe social mitjana-mitjana⁹ (III) (35,9%). Hi ha més fumadors en els nivells socioeconòmics més afavorits (classes socials I i II) (34,0%) en comparació amb els desfavorits (IV i V) (28,2%). De 1990 a 1998 s'ha iniciat un canvi de patró i, si vuit anys abans les classes socials que més fumaven eren la I i la II, al 1998 és en la classe social III on trobem una més gran proporció de fumadors. Així, des de 1990 han estat les classes socials I i II les úniques que han presentat una reducció de la prevalença de fumadors, en concret 5,5 punts en vuit anys, passant del 39,5% a un 34,0%. Les classes socials III, IV i V s'han mantingut pràcticament estables durant el mateix període, encara que han presentat un lleuger increment en la seva prevalença. Les classes socials menys afavorides (IV i V) segueixen presentant actualment la menor proporció de població fumadora però amb una tendència creixent.

Quan analitzem les dades per sexe (Fig. 4.5. i 4.6.), en els homes, durant el mateix període, veiem que s'ha produït una reducció de la prevalença de l'hàbit tabàquic en totes les classes socials. Tanmateix, si l'any 1990 la classe social que més fumava era la III (48,5%), a l'any 1998 són els homes de les classes socials IV i V els que més fumen (40,9%). En el cas de les dones, entre 1990 i 1998 la prevalença de l'hàbit tabàquic es redueix únicament en les classes socials més afavorides, I i II; al 1998 són les dones de la classe social III les que més fumen (33,9%), i les de les classes socials IV i V les que menys (17,3%), a diferència del



Fig. 4.5.: Prevalença de l'hàbit tabàquic en dones segons la classe social (Catalunya, 1990 i 1998) (font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, Catalunya 1990 i 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. CS I: acomodada; CS II: mitjana-alta; CS III: mitjana-mitjana; CS IV: mitjana-baixa; CS V: modesta; fumadors diaris i ocasionals, població més gran de 14 anys).

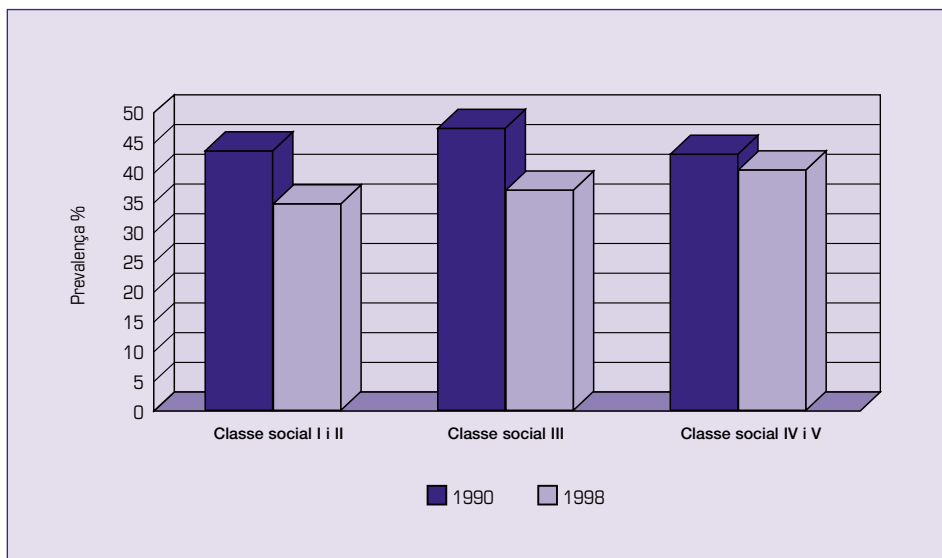


Fig. 4.6.: Prevalença de l'hàbit tabàquic en homes segons la classe social (Catalunya, 1990 i 1998) (font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, Catalunya 1990 i 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. CS I: acomodada; CS II: mitjana-alta; CS III: mitjana-mitjana; CS IV: mitjana-baixa; CS V: modesta; fumadors diaris i ocasionals, població més gran de 14 anys).

que passava l'any 1990, quan les dones de les classes socioeconòmiques més afavorides (I i II) eren les que més fumaven. Si segueixen les tendències actuals a Catalunya, en un futur no molt llunyà podrien ser les dones dels nivells socioeconòmics més desfavorits les que més fumessin.

La prevalença d'exfumadors és més gran en els homes que en les dones (20,8% *versus* 11,5%), dades que no fan més que reflectir el fet que el col·lectiu masculí ha fumat des de sempre, més que les dones. La prevalença dels exfumadors en els homes ha augmentat 2 punts de percentatge entre 1982 i 1998, mentre que en les dones l'augment ha estat de 6,7 punts durant els 16 anys analitzats (Fig. 4.7.). En

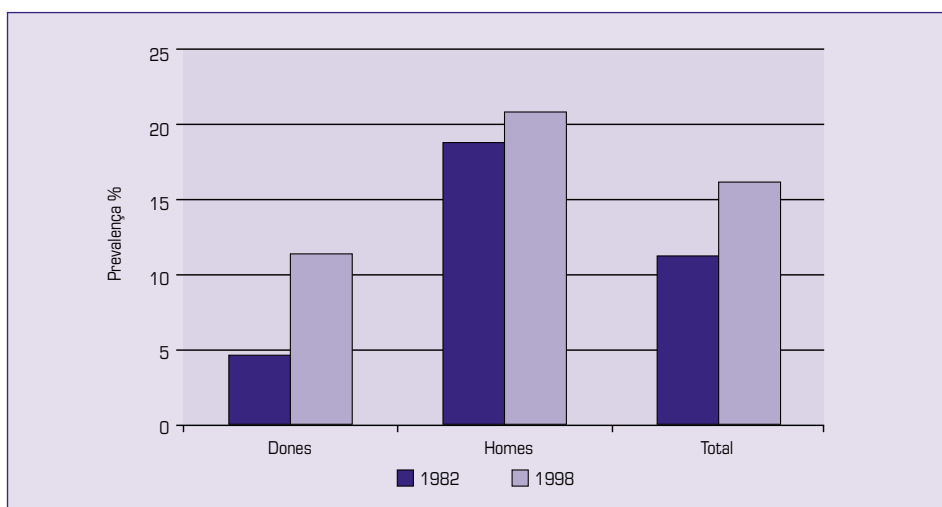


Fig. 4.7.: Evolució de la prevalença d'exfumadors per sexe a la població de 15 a 64 anys (Catalunya, 1982-1998) (font: Enquesta sobre tabac, alcohol i drogues, 1982, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya).

Taula 4.4.: Prevalença d'exfumadors per edat i sexe (Catalunya, 1998).

	Dones	Homes	Total
15-24 anys	5,8	4,5	5,1
25-34 anys	15,5	12,7	14,1
35-44 anys	20,3	20,3	20,3
45-54 anys	7,8	31,4	19,6
55-64 anys	6,1	42,2	23,3
15-64 anys	11,5	20,8	16,1

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

el col·lectiu femení, el grup d'edat on hi ha més exfumadores és el de 35 a 44 anys (Taula 4.4.).

La proporció d'abandonament (*quit ratio*), indicativa de la dinàmica de cessació en la població catalana, s'ha incrementat en tots els grups d'edat en els homes des de 1982 a 1998. En les dones la proporció d'abandonament ha augmentat en tots els grups d'edat excepte en el de 15 a 24 anys, on s'ha reduït un 40,6% durant el mateix període (Taula 4.5.).

Taula 4.5.: Proporció d'abandonament* per edat i sexe (Catalunya, 1982-1998).

	Proporció d'abandonament 1982	Proporció d'abandonament 1998	Variació 1982-1998 per grup d'edat (%)
Dones			
15-24 anys	19,2	11,4	-40,6
25-34 anys	20,7	26,1	+26,1
35-44 anys	12,8	33,5	+161,7
45-54 anys	17,3	32,6	+88,4
55-64 anys	29,0	71,8	+147,6
15-64 anys	19,4	27,3	+40,7
Homes			
15-24 anys	9,1	9,4	+3,3
25-34 anys	17,9	20,1	+12,3
35-44 anys	20,7	27,4	+32,4
45-54 anys	26,1	43,9	+68,2
55-64 anys	39,8	58,3	+46,5
15-64 anys	24,4	31,9	+30,7
*Proporció d'abandonament (%) = (exfumadors/exfumadors + fumadors actuals) x 100.			
Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic 1982 i 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.			

4.4. L'hàbit tabàquic en alguns grups professionals de Catalunya

A Catalunya es disposa de dades consistents sobre l'evolució de l'hàbit tabàquic en alguns grups professionals importants des de 1982. Aquest és un aspecte essencial de l'anàlisi del tabaquisme a Catalunya, atès el paper exemplar o *role model* que els grups professionals estudiats tenen en relació a la resta de la població.

En el cas dels metges, per exemple, l'any 1996 fumava el 31,3% del total del col·lectiu mèdic català d'ambdós sexes, amb una evolució decreixent de 21,5 punts de percentatge durant el període 1982-1996 (l'any 1982 fumaven més de la meitat dels metges). L'any 1996 la prevalença de metges fumadors ja estava per sota de la de la població general de 15 a 64 anys (37,5%) (Taula 4.6.).

Taula 4.6.: Evolució de l'hàbit tabàquic a la professió mèdica.

	1982 (%)	1986 (%)	1990 (%)	1996 (%)
Fumadors actuals	52,8	51,9	38,0	31,3
Exfumadors	24,7	20,8	17,4	25,8
No fumadors	21,4	27,4	44,5	43,0

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic en alguns grups professionals de Catalunya, 1982, 1986, 1990, 1996. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

A més és de destacar que la reducció en la prevalença de l'hàbit tabàquic en els metges durant aquests darrers anys s'ha produït tant en les dones com en els homes (Fig. 4.8.). La prevalença de l'hàbit tabàquic en les metgesses catalanes ha disminuït 22,5 punts en deu anys, del 53,6% l'any 1986 al 31,1% l'any

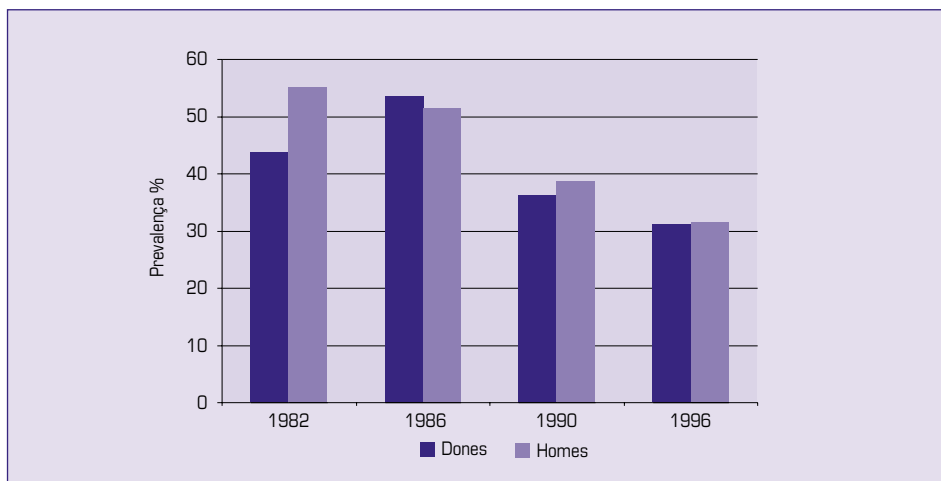


Fig. 4.8.: Evolució de l'hàbit tabàquic en els metges per sexe (Catalunya, 1982-1996) (font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic en alguns grups professionals de Catalunya, 1982, 1986, 1990, 1996. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya).

1996. Avui dia es situa pràcticament al mateix nivell que en la població general femenina (30,7%).

D'altra banda, entre les professions sanitàries, el personal d'infermeria és el que més fuma, amb una prevalença entorn al 53%, pràcticament estancada des de fa deu anys. En el cas de les infermeres es dona el mateix fenomen d'estancament, i encara són fumadores un 38,1%. Les dones farmacèutiques són les que menys fumen, però la seva prevalença no decreix des de 1990, i s'ha mantingut gairebé estable, al voltant del 25% (Taula 4.7.).

Taula 4.7.: Evolució de l'hàbit tabàquic en alguns grups professionals per sexe (Catalunya, 1982-1996).

	1982 (%)		1986 (%)		1990 (%)		1996 (%)	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Metges	43,6	55,1	53,6	51,3	36,2	38,6	31,1	31,4
Personal d'infermeria	-	-	39,3	54,4	39,0	47,3	38,1	53,1
Farmacèutics	-	-	-	-	23,9	41,3	25,1	38,8
Docents	40,5	52,3	44,0	50,0	31,7	44,4	30,5	30,0

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic en alguns grups professionals de Catalunya, 1986, 1990, 1996. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

Els professionals docents homes han vist reduir la seva prevalença en més de 22 punts de percentatge en 14 anys des de 1982 a 1996, mentre que les dones ho han fet en 10 punts durant el mateix període (Taula 4.8.). Si s'analitzen els professionals docents segons la seva professió específica, siguin professors o mestres, es comprova que la prevalença de l'hàbit tabàquic s'ha reduït en els professors d'ambdós sexes, concretament 15,2 punts en els homes i 6,6 punts en les

Taula 4.8.: Evolució de l'hàbit tabàquic en els professors i mestres per sexe (Catalunya, 1990-1996).

	1990 (%)		1996 (%)	
	Dones	Homes	Dones	Homes
Mestres	27,9	43,9	31,2	30,4
Professors	36,3	44,7	29,7	29,5

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic en alguns grups professionals de Catalunya, 1986, 1990, 1996. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

dones, des de 1990 a 1996. En canvi, pel que fa als mestres, s'ha produït una reducció de la prevalença de l'hàbit tabàquic en els homes, 13,5 punts, mentre que les mestres mostren un increment de 3,3 punts de percentatge durant el mateix període. Actualment les mestres són les que més fumen (31,2%), una situació preocupant atès el rol exemplar que desenvolupen davant els nens més petits.

4.5. Mortalitat, morbiditat i cost atribuïbles al tabac a Catalunya

Mortalitat atribuïble al tabaquisme

L'hàbit tabàquic és la primera causa de mort prevenible en els països desenvolupats¹⁰. La mortalitat atribuïble estima el nombre de morts que s'evitarien si no hi hagués exposició al tabac. La mortalitat atribuïble al tabac es calcula per la fracció atribuïble poblacional (FAP)*, mesura d'associació que integra indicadors de la magnitud de l'efecte del factor d'exposició i dades de prevalença del factor d'exposició en la població. Per estimar la mortalitat atribuïble al consum de tabac a Catalunya, els riscos relatius (RR) utilitzats són els de l'estudi de cohorts prospectiu Cancer Prevention Study II¹¹. Les dades de prevalença de l'hàbit tabàquic utilitzades per al càlcul de la mortalitat atribuïble als anys 1997 i 1983 corresponen a les de les Enquestes sobre l'Hàbit Tabàquic a Catalunya de 1998 i 1982.

El 1997 es van produir a Catalunya 8931 morts atribuïbles al tabac, el que va representar un 16,4% de totes les morts que van ocórrer a Catalunya aquell any (54.610). D'aquestes, 7484 es van donar en els homes i 1447 en les dones (Taula 4.9.), el que va correspondre al 27,4% i 5,7%, respectivament, de totes les morts produïdes en homes (27.274) i dones (25.519) de més de 35 anys a la població catalana. El 1983 van tenir lloc 7562 morts atribuïbles a l'hàbit tabàquic, de les quals 6656 es van donar en homes i 906 en dones. Durant el període 1983-1997 s'ha produït un increment del 18% en el nombre de morts atribuïbles al tabac.

De les morts atribuïbles al tabac ocorregudes l'any 1997, el 40,6% es deu als tumors malignes (3625), el 34,6% a les malalties cardiovasculars (3089) i el 24,8% a les malalties respiratòries (2217).

*FAP= $\frac{[p^0+p^1(RR^1)+p^2(RR^2)]-1}{[p^0+p^1(RR^1)+p^2(RR^2)]}$ (p⁰: prevalença de mai fumadors; p¹: prevalença dels fumadors; p²: prevalença dels exfumadors; RR¹, RR²: riscos de mort respectius)

Taula 4.9.: Morts atribuïbles al consum de tabac segons la causa de mort i el sexe (població més gran de 35 anys; Catalunya, 1997).

Causa de mort	ICD 9	Morts		FAP (%)		Morts atribuïbles	
		Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Malalties cardiovasculars							
Isquèmica	410-414						
35-64 anys		110	599	30,5	49,1	34	294
≥65 anys		2327	2626	1,5	19,3	34	507
Cerebrovascular	430-438						
35-64 anys		116	249	44,6	55,1	52	137
≥65 anys		2971	1909	0,7	23,0	21	438
Altres malalties del cor*	390-398 401-405 415-417 420-429	3384	2305	9,1	28,2	307	649
Altres circulatòries**	440-441	880	710	22,0	59,6	193	423
Malalties respiratòries							
MPOC	490-492, 496	620	1821	61,4	84,1	381	1532
Altres respiratòries***	010-012, 480-487, 493	714	582	15,0	33,8	107	197
Tumors malignes							
Llavi, boca, faringe	140-149	61	291	41,5	92,0	25	268
Esòfag	150	33	224	57,2	78,8	19	177
Pàncrees	157	227	349	18,0	30,3	41	106
Laringe	161	11	260	73,9	82,0	8	213
Pulmó i bronquis	162	294	2457	62,2	90,9	183	2232
Coll d'úter	180	91	-	16,9	-	15	-
Bufeta	188	110	500	20,4	47,8	22	239
Ronyó	189	87	146	5,9	49,0	5	72
Total morts		12.036	15.028			1447	7484
*Malalties cardiovasculars reumàtiques, hipertensives, malaltia cardiopulmonar aguda i crònica, pericarditis, endocarditis, miocarditis, cardiomiopatia, insuficiència cardíaca i trastorns de la conducció.							
**Aterosclerosi i aneurisma aòrtic.							
***Pneumònia, influença i asma.							
FAP: fracció atribuïble poblacional; MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica.							

Si s'analitza la mortalitat atribuïble per causes específiques de mort, el 27% és deguda al càncer broncopulmonar (2415), el 21,4% a la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) (1913) i el 17,6% a altres malalties cardiocirculatòries** (1572). A continuació segueixen la resta de causes de mort, amb una importància relativa menor. El càncer broncopulmonar, la MPOC i les altres malalties cardiocirculatòries són les tres primeres causes de mort atribuïbles al tabac tant en homes com en dones, encara que les seves importàncies relatives varien segons el sexe. En els homes la distribució de la mortalitat atribuïble per malalties és molt similar a l'obtinguda per a la població general: en primer lloc es situaria el càncer broncopulmonar (29,8%), en segon lloc la MPOC (20,5%), i en tercer lloc les altres malalties cardiocirculatòries (14,3%). En canvi, en les dones la primera causa de mort atribuïble al tabac correspon a les altres malalties cardiocirculatòries (34,6%), la segona a la MPOC (26,3%) i, per últim, el càncer broncopulmonar es situaria en tercer lloc (12,7%). La importància relativa de les diferents malalties ha variat durant aquests 14 anys, entre 1983 i 1997. Així, en les dones, s'ha produït un augment de la proporció de malaltia atribuïble al tabac per MPOC i càncer de pulmó, 3,5 i 2,2 punts de percentatge, respectivament, mentre que la produïda per les altres malalties cardiocirculatòries s'ha reduït 5 punts de percentatge durant el mateix període.

Quant als grans grups de malalties, en les dones s'ha produït una reducció de la proporció de mortalitat atribuïble al tabac per les malalties cardiovasculars, passant del 53,9% l'any 1983 al 44,3% l'any 1997. En canvi, s'ha produït un increment de la mortalitat atribuïble al tabac per malalties respiratòries i tumors malignes de 5,3 i 4,3 punts de percentatge, respectivament, durant el mateix període (Fig. 4.9.).

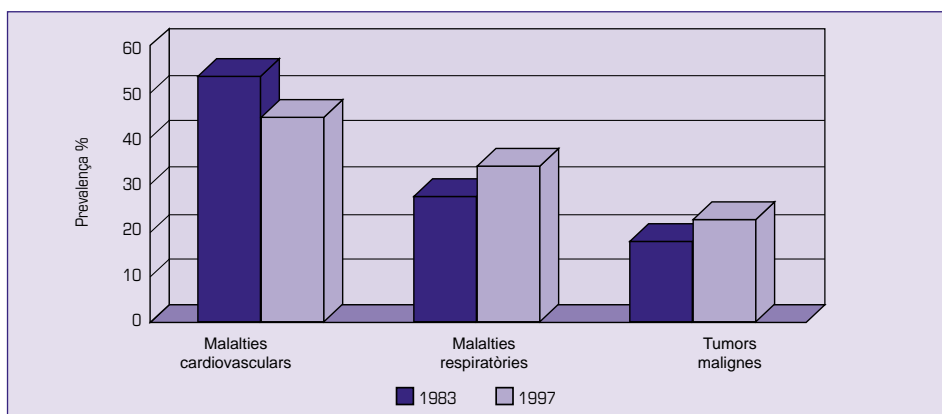
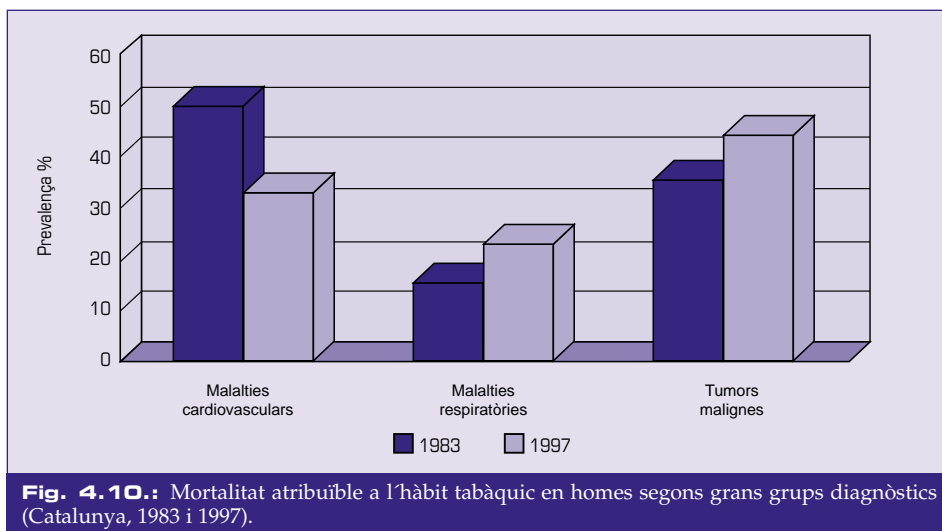


Fig. 4.9.: Mortalitat atribuïble a l'hàbit tabàquic en dones segons grans grups diagnòstics (Catalunya, 1983 i 1997).

**Malaltia cardiovascular reumàtica, hipertensiva, aterosclerosi, aneurisma aòrtic i altres malalties del cor.

No obstant això, les malalties cardiovasculars segueixen sent, en les dones, la primera causa de mortalitat atribuïble al tabac l'any 1997. En els homes s'ha produït el mateix patró: s'ha reduït la proporció de mortalitat atribuïble al tabac per les malalties cardiovasculars i ha augmentat la corresponent a les malalties respiratòries i als tumors malignes. Tanmateix, en el col·lectiu masculí, si l'any 1983 les malalties cardiovasculars eren la primera causa de mort atribuïble, l'any 1997 ho han passat a ser els tumors malignes (Fig. 4.10.).



Visites d'atenció primària atribuïbles al tabaquisme

A partir de les dades obtingudes del Sistema d'Indicadors d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut per als anys 1994, 1995 i 1996, s'ha estimat que el nombre de consultes en atenció primària atribuïbles al tabaquisme és d'unes 320.000 l'any¹². D'aquestes, el 60% es va produir per consultes d'altres malalties respiratòries, essencialment consultes d'otorinolaringologia (41,1% dones i 58,9% homes), i el 40% restant per consultes sobre malaltia coronària, altres malalties cardíques i MPOC (38,3% dones i 61,7% homes).

Altes hospitalàries atribuïbles al tabaquisme

A partir de les dades obtingudes del Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària per a l'any 1997 del Servei Català de la Salut, s'ha estimat el nom-

bre d'altres hospitalàries atribuïbles al tabaquisme¹². L'any 1997 es van donar a Catalunya 43.514 altes per malalties atribuïbles al tabaquisme als hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). En el cas de les dones es van produir 8201 altes hospitalàries (18,8%) i en el dels homes, 35.313 (81,2%). La majoria d'altres hospitalàries es van produir per al grup de les malalties respiratòries, 3734 en el cas de les dones i 13.696 en el dels homes. En segon lloc es situen les altes hospitalàries per malalties cardiovasculars, amb 3642 casos en les dones i 13.249 en els homes. Per últim, es van produir 825 altes hospitalàries per tumors malignes atribuïbles al tabac a Catalunya en les dones, i 8368 en els homes (Taula 4.10.).

La càrrega sanitària causada pel tabac, tenint en compte només les consultes a l'atenció primària i les altes hospitalàries, és molt important a Catalunya. Cal

Taula 4.10.: Altes hospitalàries atribuïbles al tabaquisme (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) (Catalunya, 1997).

	Dones	Homes	Total
Malalties cardiovasculars			
Malaltia coronària	754	4215	4969
Altres malalties cardíques	1577	3695	5272
Malaltia cerebrovascular	815	2868	3683
Altres malalties circulatòries	496	2471	2967
Malalties respiratòries			
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	2326	10.299	12.625
Altres malalties respiratòries	1408	3397	4805
Tumors malignes			
Càncer de llavi, boca, faringe	102	1017	1119
Càncer d'esòfag	41	383	424
Càncer de pàncrees	73	166	239
Càncer de laringe	12	844	856
Càncer de tràquea, bronquis, pulmó	261	3554	3815
Càncer de coll uterí	106	-	106
Càncer de ronyó	23	302	325
Càncer de bufeta i altres òrgans urinaris	207	2102	2309
TOTAL	8201	35.313	43.514
<i>Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.</i>			

destacar que en l'estimació realitzada no s'han inclòs certes malalties relacionades amb el tabac, com per exemple les consultes pediàtriques realitzades pels efectes del tabaquisme passiu en els nens, així com els problemes del nounat i l'embarassada. El nombre de visites i altes hospitalàries per causa del tabac és menor en les dones que en els homes, atès que les primeres van començar a fumar més tard i encara no s'han manifestat tots els efectes relacionats amb l'hàbit tabàquic.

El cost del tabaquisme a Catalunya

A Catalunya, l'any 1995, els costos directes estimats causats per malalties atribuïbles a l'hàbit tabàquic en els serveis sanitaris, concretament en atenció primària, atenció hospitalària i productes farmacèutics, van ser de 28.474 milions de pessetes. En el cas de les dones, van correspondre a 9687 milions i en el dels homes a 18.787 milions de pessetes.

El mateix any, l'estimació dels costos indirectes atribuïbles al tabaquisme a Catalunya, basats únicament en la productivitat perduda per mortalitat atribuïble al tabaquisme, va representar 2867 milions de pessetes en les dones i 44.797 milions en el cas dels homes¹² (Taula 4.11.). Així, els costos que el tabac va representar per la comunitat l'any 1995 van ser com a mínim d'aproximadament 76.138 milions de pessetes. En el cas de les dones, el tabaquisme va representar un cost de 12.554 milions (16,5%), mentre que en el cas dels homes el cost va ser de 63.584 milions de pessetes (83,5%).

Encara que el cost atribuïble al tabaquisme en el cas de les dones representa una sisena part del cost atribuïble al tabaquisme total, és raonable pen-

Taula 4.11.: Estimació del cost atribuïble a l'hàbit tabàquic (Catalunya, 1995).

Costos (milions de pessetes)	Dones	Homes	Total
Costos directes			
Atenció primària	276	375	651
Atenció hospitalària	2625	11.341	13.966
Productes farmacèutics	6786	7071	13.857
Costos indirectes			
Productivitat perduda*	2867	44.797	47.664
Total	12.554	63.584	76.138

*Productivitat perduda per mortalitat atribuïble al tabaquisme.
Font: Estudi sobre Costos del Tabaquisme a Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya (Inèdit).

sar que, seguint les tendències d'increment de prevalença de l'hàbit tabàquic en el sexe femení registrades fins ara a Catalunya, aquestes xifres puguin augmentar en un futur no molt llunyà.

Atès que el capítol dels costos indirectes sempre és controvertit, aquí solament s'han inclòs els derivats de la productivitat perduda per mortalitat atribuïble a les complicacions de l'hàbit tabàquic. Així doncs, l'estimació realitzada tendeix a la infraestimació, atès que no ha tingut en compte la productivitat perduda per la morbiditat atribuïble al tabaquisme. No s'han inclòs, per exemple, els costos indirectes basats en l'absentisme laboral. Altres factors com els riscos sobre la salut, i les seves repercussions en els serveis sanitaris, produïts pel tabaquisme passiu, tant en els adults com en els fetus, nounats i nens, no s'han incorporat en l'estimació. En conclusió, podem dir que el cost del tabaquisme a Catalunya és com a mínim de 80.000 milions de pessetes.

PUNTS CLAU

- La proporció de noies joves de 15 a 24 anys que fuma era l'any 1998 superior a la dels nois de la mateixa edat.
- A mitjan anys noranta es trenca la tendència decreixent de l'hàbit tabàquic en els joves de 15 a 24 anys d'ambdós sexes. L'any 1998 fumen el 45,1% de les noies d'aquesta edat.
- En 16 anys s'ha produït un augment de la prevalença de l'hàbit tabàquic de 227% en les dones de la població general de 35 a 44 anys.
- L'hàbit tabàquic en les infermeres segueix sent elevat (38,1% l'any 1996).
- La prevalença de l'hàbit tabàquic en el cas de les mestres s'ha incrementat un 11,8% en sis anys, de 1990 a 1996, mentre que en les professores s'ha reduït un 18,2% durant el mateix període.
- La prevalença de l'hàbit tabàquic en el cas de les metgesses s'ha reduït un 42% en deu anys, de 1986 a 1996.
- L'hàbit tabàquic va ser la causa del 16,4% de totes les morts ocorregudes a Catalunya l'any 1997.
- La primera causa de mortalitat atribuïble al tabac en les dones, l'any 1997, ha estat el grup de les malalties cardiovasculars.
- Entre 1983 i 1997 s'ha produït un augment de la proporció de mortalitat atribuïble al tabac per malaltia pulmonar obstructiva crònica i càncer de pulmó en ambdós sexes.
- Una de cada 18 morts en dones i una de cada quatre en homes adults són atribuïbles al tabac.
- El cost del tabaquisme a Catalunya l'any 1995 va ser com a mínim de 80.000 milions de pessetes.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organisation. *Tobacco or health: A global status report*. WHO, Geneva 1997.
2. Joossens, L., Sasco, A., Salvador, T., Villalbí, J.R. *Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea*. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 3-11.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud de España 1997*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1999.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud, 1987*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1989.
5. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Fundació Catalana de Pneumologia. *Setze anys de lluita contra el tabac a Catalunya*. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 1999.
6. Pardell, H., Saltó, E., Tresserras, R., Juncà, S., Fernández, E., Vicente, R. i cols. *La evolución del hábito tabáquico en Cataluña, 1982-1994*. Med Clin (Barc) 1997; 109: 125-129.
7. Saltó, E., Cabezas, C., Nebot, M. *Tabac. A: Dones i homes, dues maneres de viure dues realitats de salut*. Ann Med 2000; 83: 10-14.
8. Borràs, J.M., Fernández, E., Schiaffino, A., Borrell, C., La Vecchia, C. *Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992*. Am J Public Health 2000; 90: 1459-1462.
9. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998* (Inèdit).
10. Peto, R., López, A., Boreham, J., Thun, M., Health, C. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford University Press, Oxford 1994.
11. US Department of Health and Human Services. *Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General*. Office on Smoking and Health, Rockville 1989.
12. Mompó, C., Rovira, J. *Costos del tabaquisme a Catalunya, 1999* (Inèdit).

5. Característiques de l'hàbit tabàquic femení

5.1. Factors d'iniciació

5.1.1. Edat d'inici

Les enquestes en adolescents al nostre medi mostren una situació certament preocupant: una de cada tres noies fuma diàriament als 16 anys, proporció molt superior a la dels nois (19%) a la mateixa edat¹. Tanmateix, encara hi ha pocs estudis que ens ajudin a entendre els mecanismes específics que poden afectar selectivament les noies. De fet, gran part dels factors que faciliten o desencadenen la iniciació al tabaquisme són comuns a nois i noies, si bé alguns d'ells poden actuar per mecanismes diferents.

Als països desenvolupats el patró d'inici és semblant en ambdós sexes, i es produeix l'experimentació de fumar entre els 12 i 14 anys, segons els estudis, molt sovint coincidint amb l'entrada a l'escola secundària. Posteriorment, les noies tenen taxes de consum més elevades, que arriben a un màxim entre els 15 i els 16 anys, mentre que en els nois l'increment és molt més gradual fins als 18 anys. Malgrat que a aquestes edats la proporció de noies pugui ser superior a la dels nois, el consum d'aquests és típicament superior al de les noies². Alhora, cap als 17 a 18 anys els percentatges de noies que fumen disminueixen lleugerament respecte de les taxes en edats immediatament anteriors^{3,4}. A Catalunya les dades més recents han evidenciat un augment en el consum entre 1994 i 1998, especialment entre els joves i superior entre les noies, ja que mentre que l'increment entre els nois ha estat del 12,7% en aquest període, amb una prevalença total del 43,4%, en les noies l'augment ha estat del 33,8%, amb una prevalença del 45,1%, i per primer cop superior en les dones que en els homes en aquest estrat⁵.

Quan aquestes tendències s'analitzen en l'edat mitjana d'inici, s'observa una consolidació de l'inici precoç ja apuntada en la dècada dels vuitanta. A Espanya, l'edat d'inici va baixar dels 13,8 anys en 1994 als 13,3 en 1996⁶. A Barcelona, en un estudi molt recent realitzat amb 2155 escolars de 14 a 19 anys, també s'ha observat que l'edat d'inici del consum de tabac ha disminuït dels 13,9 anys en 1993 als 13,4 en 1999⁷. Alguns estudis observen una major precocitat en els nois respecte de les noies. Així, en una mostra d'escolars de 12 a 19

anys de Barcelona i Lleida, l'edat mitjana dels nois era de 13,2 anys, mentre que la de les noies fou de 13,7 anys⁸. D'altra banda, alguns estudis longitudinals suggereixen que la consolidació de l'hàbit entre aquells adolescents que experimenten seria molt superior entre les noies. Així, en un estudi de seguiment realitzat a 1.223 escolars de Barcelona i Lleida, un 42% de les noies que fumaven ocasionalment eren fumadores habituals (almenys un cop a la setmana) un any més tard, mentre que aquesta proporció era del 22,7% entre els nois⁴.

5.1.2. Factors psicològics

Entre els factors psicològics que s'han relacionat amb la iniciació al tabaquisme, especialment entre les noies, podem assenyalar l'autoestima i l'autoconcepte personal, la susceptibilitat a l'estrès, l'autoimatge i les variacions del pes corporal i la recerca de noves sensacions.

La influència de l'autoconcepte personal o autoestima, així com la valoració de l'entorn familiar i escolar com a factors protectors del consum de tabac en els adolescents, ha estat reconeguda des de fa anys⁹. Estudis més recents han posat de manifest que factors com l'autocontrol i l'estima personal s'associen molt més freqüentment amb el consum de tabac en les noies¹⁰. Aquesta relació podria operar a través de diversos mecanismes: d'una banda, la manca d'autoestima s'associaria amb una més gran disposició per al consum; d'altra banda, també s'ha observat en alguns estudis, especialment entre les adolescents de més edat, que algunes de les noies més madures i amb una més gran confiança en elles mateixes també se senten més capacitades per fer front al risc i la rebel·lia que suposa fumar, si bé aquest mecanisme es produiria entre noies més grans¹¹.

Una altra de les variables psicològiques implicades en la resposta de la conducta fumadora adolescent és la presència de l'estrès en aquestes edats, entenent per estrès tant un estímul aïllat molt intens com la presència persistent d'estímuls estressors que produeixen símptomes específics de tensió. S'ha observat que els esdeveniments negatius viscuts pels adolescents i els problemes familiars són estressors potencials i estan significativament associats amb el consum de cigarretes⁹. En relació a les diferències segons el gènere, s'ha assenyalat que les noies fumen molt més freqüentment per fer front a l'estrès, i això pot contribuir a les taxes més altes del tabaquisme femení en l'adolescència^{12, 13}. Pedersen¹⁴ conclou que les noies comencen a fumar com a resposta a la percepció subjectiva de la reducció del benestar pròpia d'aquestes edats, i que això també les fa més vulnerables davant la influència de pares i líders de grup.

Un aspecte de gran interès a l'hora d'explicar la magnitud de l'extensió de l'hàbit tabàquic entre les dones és el dels problemes amb el pes corporal i els trastorns de l'alimentació. Fisher¹⁵ va observar que dues tercers parts dels escolars d'una mostra d'adolescents de l'estat de Nova York es van descriure amb sobrepès; quasi tres quartes parts es sentien per sobre del pes adient per a l'edat i mida, i prop del 80% estaven per damunt del pes que els agradaria tenir. Un 18% d'ells va obtenir 30 o més punts en l'Eating Attitudes Test (EAT), una puntuació suggestiva d'algun trastorn de l'alimentació i nutrició. En aquest estudi, aquells adolescents més insatisfets amb el seu pes i puntuacions més altes en l'EAT van ser els que van mostrar una més baixa autoestima i una major ansietat, i intervingueren més en conductes de risc com fumar cigarretes, beure alcohol, consumir altres drogues i mostrar activitat sexual amb un nombre més alt de companys diferents. Les dades d'aquest estudi corroboraven la creença creixent que les conductes de risc per a la salut tendeixen a agrupar-se en els adolescents vulnerables, i demostraven que les actituds i creences errònies en relació amb l'alimentació hi tenen un paper important, especialment en les noies amb baixa autoestima i elevada ansietat¹⁶. Més recentment, Tomeo¹⁷ ha assenyalat que la fase de contemplació està relacionada amb actituds de preocupació pel pes, mentre que l'experimentació amb el tabac s'associa a conductes de control del pes. A més de la influència en l'inici del consum de tabac, aquest factor també s'ha relacionat amb la major dificultat de les dones per deixar de fumar.

Un altre dels factors de personalitat darrerament invocats en el conjunt d'influències psicosocials sobre l'hàbit tabàquic és la recerca de sensacions noves. Emprant el qüestionari autoadministrat de "Percaça de sensacions per a joves", format per cinc subescales (recerca d'emocions, recerca d'experiències, desinhibició, susceptibilitat a l'avorriment i sinceritat) en un grup d'escolars de Lleida de 13-14 anys, Comín¹⁸ va identificar una relació positiva entre el fet de buscar sensacions i el consum de tabac i alcohol i fer exercici en joves. Aquest fet s'havia descrit en població adulta, però fins llavors no s'havia estudiat en joves en edat escolar al nostre medi. No es van observar diferències entre els nois i les noies per a la recerca d'experiències i la susceptibilitat a l'avorriment, però sí que es van trobar per a la recerca d'emocions, la desinhibició i la sinceritat, que eren superiors en el sexe masculí. A més, analitzant de forma global el test, els nois obtenien puntuacions superiors (18,5 enfront del 15,3), és a dir, tenen una major tendència a la percaça de sensacions¹⁸.

Finalment, cal assenyalar les influències culturals, com ara les actituds vers la igualtat d'oportunitats per a la dona, actituds vers els rols sexuals o actituds que tenen relació amb el rol dels progenitors. Waldron i Lye¹³ van

estudiar aquest aspecte entre les adolescents majors de 16 anys, i comprovaren que les escolars que mostraven actituds favorables vers la cohabitació de parelles no casades i actituds desfavorables vers el matrimoni fumaven amb més freqüència que les escolars que van tenir actituds més tradicionals vers el sexe i el matrimoni. L'associació entre el consum de tabac i actituds no tradicionals vers el sexe i el matrimoni s'observà tant en nois com en noies. Troballes addicionals suggereixen que el rebuig dels valors convencionals i l'acceptació d'altres alternatius contribueixen ambdós a les actituds no tradicionals expressades i al tabaquisme adolescent, i és una de les raons que explica aquesta associació. Seria interessant poder comprovar si aquesta associació entre unes actituds més lliberals i el consum de tabac en l'adolescència forma part d'una tendència més global que explicaria en part la feminització del tabaquisme en les societats més desenvolupades com una expressió més de la igualtat social de la dona en aquestes societats.

5.1.3. Entorn social

Les influències dels pares inclouen en primer lloc el rol modèlic o modelatge directe de la conducta fumadora o no fumadora, així com les actituds dels pares, expressades a través de l'aprovació o desaprovació de fumar, i el suport o fins i tot la promoció del consum adolescent. Les actituds dels pares són particularment importants si són consistents amb els seus hàbits. Així, la influència del consum de tabac dels pares és detectable fins i tot entre els escolars dels cursos baixos de l'escola primària. En un dels estudis més complets que s'han fet sobre la influència de l'entorn social en la iniciació del tabaquisme en edat escolar¹⁹, es va observar que els nens i nenes dels primers cursos, els pares dels quals fumen, veuen la conducta fumadora com quelcom acceptable, com un hàbit positiu, en moltes més ocasions que els nens fills de pares no fumadors. Els infants veuen el fet que fumin els seus pares com una manera de fer front a l'estrès o l'avorriment, o com una forma de socialització o de completar un bon àpat, i així aprenen que l'acte de fumar és tan útil com acceptable sigui pels seus pares. D'altra banda, el tabaquisme dels pares pot facilitar l'experimentació a través de l'accés a les cigarretes, que poden obtenir-se de forma ben senzilla. Silvis i Perry¹⁹ també esmenten que, en alguns casos, certament infreqüents, els pares poden fins i tot iniciar els seus fills en l'hàbit: un sorprenent 5% de nois i un 2% de noies van referir els seus pares com la via per aconseguir la seva primera cigarreta. Globalment, com a resultat d'aquestes influències s'observa una major prevalença del tabaquisme en les famílies on els pares són fumadors. En les famílies en les quals els dos pares fumen, un 13,5% dels nois i un 15,1% de les noies també són fuma-

dors, comparat amb el 5,6% i 6,5%, respectivament, de fills de pares no fumadors. Aquestes diferències en les conductes, correlacionades amb les actituds, especialment si comparem les dels nens de primària amb les dels nois de l'inici de secundària, també foren posades de manifest en l'estudi FRISC de Barcelona²⁰.

Hover i Gaffney²¹, que han estudiat específicament el tabaquisme entre les noies adolescents, han trobat diferències significatives entre les noies que fumen i les que no ho fan en relació al tabaquisme de la mare i el de les amigues, així com en el grau d'èxit escolar aconseguit. Tanmateix, alguns estudis han destacat una major influència del tabaquisme dels pares sobre el comportament fumador de les noies que dels nois²², i d'altres particularment quan la mare és fumadora^{4, 14, 23, 24}. En altres casos, especialment entre els adolescents que abandonen l'hàbit, s'ha trobat una millor relació entre pares i fills que entre els que continuaven fumant en la mateixa població objecte d'estudi. Malgrat que els factors familiars alteren substancialment el risc dels adolescents de convertir-se en fumadors, les influències dels amics semblen ser el desencadenant més potent de l'inici de l'hàbit tabàquic. Un estudi britànic ha mostrat que la pressió dels amics és un fenomen que es dona en l'adolescència per un gran grup de circumstàncies i no tan sols per l'ús de substàncies addictives. Per a aquests autors la relació entre el consum dels adolescents i el dels seus amics no fou específica per a l'hàbit tabàquic, sinó generalitzada per a mesures relacionades amb actituds i creences normatives, ús de l'alcohol, control de la salut, rendiment escolar, hàbits de despesa i posició socioeconòmica. Aquestes dades, segons conclou l'estudi, van en contra d'una visió massa simplificada i unidireccional de la "influència del grup", i conviden a una interpretació de l'elecció de les amistats basada en moltes dimensions de similitud²⁵.

La naturalesa d'aquestes influències és de tipus directe i indirecte: mentre que freqüentment els nois troben pressions més obertes i directes dels amics per fumar, les pressions indirectes solen presentar-se en ambdós sexes. És el cas que es presenta quan un adolescent entra en un grup de fumadors: sent que ell també ha de fumar, àdhuc quan no s'arriba a formular una oferta concreta de cigarretes¹⁹. Recentment també s'insisteix en la influència específica del millor amic i també de la prevalença d'ús percebuda del grup d'iguals. Fins i tot s'ha arribat a precisar que la influència del millor o els millors amics és més predictora de la iniciació en l'hàbit, mentre que la influència del grup d'amics és un determinant de la consolidació de la conducta fumadora²⁶.

A països de renda molt diferent hi ha evidències que l'augment del preu de les cigarretes és altament eficaç en la reducció de la demanda, no només induint a deixar el tabac sinó també per a prevenir que molts joves esdevin-

guin addictes. Efectivament, se sap, com a mitjana, que un augment del 10% del preu d'un paquet de cigarretes pot produir una disminució del 4% de la demanda en països de renda alta i del 8% en països amb un nivell de renda mitjà o baix. Igualment, se sap que els adolescents i joves són més sensibles a aquests augments de preu que els adults més grans, i que, per tant, intervencions sobre aquesta variable poden tenir un impacte significatiu en ells.

Complementàriament s'ha referenciat en el mateix informe que l'augment dels impostos sobre el tabac que es reflecteixi en un increment del 10% del preu real dels paquets de tabac podria suposar que 40 milions de fumadors en tot el món deixessin de fumar en un any, així com prevenir un mínim de 10 milions de morts relacionades amb el tabac²⁷.

Encara que la variable més important entre les que influeixen en l'accessibilitat és el preu, hi ha altres aspectes rellevants, com l'existència i grau de compliment de les normatives, i l'existència de màquines de venda automàtiques. L'anàlisi de les dades del Youth Risk Behavior Survey (YRBS), de 1995, emfasitzava que una majoria d'adolescents de 17 anys o menors d'aquesta edat que compraren les cigarretes en botigues no havien hagut d'acreditar l'edat²⁸. En el nostre context, la proporció d'escolars de 13-14 anys que declaren haver comprat tabac es manté al voltant del 15% malgrat els esforços normatius i de regulació, neutralitzats en part per la proliferació de màquines expenedores²⁹. En aquest aspecte, el tema de la venda a menors, amb les qüestions dels punts de venda (quioscs expenedors de dolços i tabac alhora a la vora de les escoles) i les màquines expenedores que no compleixen la reglamentació, ha estat enunciat com una de les prioritats pel moviment de prevenció del tabaquisme³⁰. Cal tenir present que la venda habitual de cigarretes per unitats a adolescents al voltant de les escoles de secundària continua essent una realitat al nostre medi, com un recent estudi de la Unió de Consumidors de Catalunya ha posat de manifest³¹.

5.1.4. Publicitat

Un entorn social que és tolerant amb la difusió i promoció del tabac facilita l'adopció de l'hàbit. En la mesura que el nombre total de fumadors augmenta en l'entorn de l'infant, el risc d'arribar a ser fumador es multiplica. Els mitjans de comunicació, encara que les seves estratègies no semblen estar directament lligades a l'ús del tabac, contribueixen a l'acceptació de la conducta, en presentar la imatge del fumador com una persona atractiva, extrovertida, popular i amb reclam sexual. En el cas de les noies, a més, no falten els missatges en el sentit de l'emancipació i la igualtat respecte dels nois, així com la presentació de productes *light*, sovint més ben acceptats entre les dones. L'èxit de les campanyes publicitàries és evident: els adolescents

creuen que el 83% de la gent de la seva edat són fumadors, quan només d'un 15% a un 30% realment ho són. Creuen que el 70% dels mestres fuma, quan només al voltant d'un 20% realment ho fa. Això expressa que els escolars exageren la prevalença real del problema, creuen que fumar és norma, i aquestes creences errònies porten a l'acceptació del consum de cigarretes¹⁹. Així i tot, es creu que les noies, com els no fumadors, tenen actituds menys favorables que els nois i els fumadors davant la publicitat que convida a fumar³².

Goldstein³³ va examinar el grau de reconeixement de la publicitat en un grup d'adolescents americans experimentadors. Els escolars que fumaven almenys una cigarreta per setmana identificaven una marca preferida. Una marca deter-

Taula 5.1.: Rellevància dels principals factors lligats a la iniciació del tabaquisme segons el sexe.

Factors d'iniciació		Sexe		
		Noies	Nois	
Epidemiologia de la iniciació a l'hàbit	Edat d'inici (anys)	12-14	12-14	
	Prevalença global (12-18 anys)	+++	++	
	Intensitat de consum (nombre de cigarretes)	++	+++	
	Consolidació	++++	++	
Factors psicològics	Autoestima o autoconcepte	+++	+	
	Estrès	+++	++	
	Problemes de conducta	++	++	
	Absentisme escolar	++	++	
	Dificultats d'aprenentatge	+	+	
	Problemes amb el pes corporal	+++	+	
	Recerca de noves sensacions	++	+++	
Entorn social	Família	Estructura familiar	++	++
		Pare i mare fumadors	+++	++
		Mare fumadora	+++	+
		Germà/ana gran fumador/a	++	++
	Amics	Pressió individual directa	+	+++
		Pressió individual indirecta	+++	+++
		Pressió de grup	+++	++
		Millor amic/iga fumador/a	+++	+++
	Accessibilitat al producte	+++	+++	
	Publicitat sobre el tabac	Actituds favorables davant els espots publicitaris sobre el tabac	+	++

minada fou citada pel 76% entre totes les marques preferides. Es va trobar una relació dosi-resposta entre la conducta fumadora i el reconeixement de la publicitat dels productes tabàquics. Els fumadors habituals van reconèixer un 61,6% dels anuncis enfront del 33,2% dels no fumadors. Malgrat aquestes relacions evidents, fins al moment no s'han demostrat relacions causals entre la publicitat tabàquica i el tabaquisme adolescent. Més recentment, la promoció de productes especialment atractius per als joves a càrrec de la indústria tabaquera (davant la prohibició de la publicitat directa dels seus productes en molts països desenvolupats) s'ha anat imposant com una de les estratègies més utilitzades per la publicitat del tabac. S'ha demostrat que la relació de la promoció de dues marques a través de peces de vestir (samarretes, gorres, bosses, jaquetes; encenedors i cendrers, i catàlegs amb logotips promocionals) i el consum de tabac en adolescents i joves oferia un risc relatiu (RR) quatre vegades superior entre els escolars receptius a les estratègies publicitàries respecte dels que no ho foren^{34, 35}. D'altra banda, un estudi econòmic d'ampli abast realitzat a Ohio, amb dades d'enquestes de 1978 a 1995, per analitzar les estratègies de màrqueting dels productes del tabac, va posar en evidència que en anys de grans despeses en promoció de les cigarretes la iniciació en el tabaquisme consumit diàriament fou més alta de l'esperada per les prediccions del model de difusió³⁶. La Taula 5.1. mostra la rellevància dels principals factors lligats a la iniciació del tabaquisme segons el sexe. Aquestes diferències aconsellen el disseny d'intervencions específiques per gènere, o almenys l'elaboració de components específics dins dels programes de prevenció primària.

5.2. Factors de manteniment

El manteniment de l'hàbit tabàquic es pot definir com el fet de fumar regularment i expressar un compromís per a continuar fumant en el futur¹⁷. Els factors que fan que la dona sigui una fumadora regular depenen, sobretot, de dos àmbits: la utilitat percebuda que la dona atribueix al tabac i la dependència de la nicotina³⁷. A més a més, el manteniment de l'hàbit tabàquic femení s'ha vist recolzat per la creació d'un mercat exclusivament femení per part de la indústria tabaquera, que ha influït de forma essencial en el fet que la dona segueixi fumant.

5.2.1. Utilitat percebuda

Els costos i beneficis percebuts del tabac, alguns d'ells específics de gènere, expliquen, en part, el manteniment de l'hàbit tabàquic en les dones. Quant a la percepció de risc, sembla ser que les dones fumadores es preocupen més pels

efectes nocius del tabac sobre la salut que els homes³⁸. Així, un 98,3% de les dones catalanes creuen, amb certesa i probablement, que el tabac és perjudicial per a la salut, i un 49,3% estan preocupades pels efectes del tabac sobre la seva salut. En els homes les proporcions corresponen al 96,9% i 41,0%, respectivament³⁹ (Taula 5.2.). Aquesta preocupació pels efectes del tabac, significativament més elevada en les dones, contribueix a explicar la diferència de perfil entre dones i homes fumadors que es dona arreu del món. Les dones presenten, en efecte, un perfil percebut de fumadora “de menor risc” que els homes. Elles pensen que es poden permetre fumar perquè consumeixen menys quantitat de cigarretes diàries, i existeix una tendència baixa a l'abandonament de l'hàbit tabàquic ja que creuen que “la quantitat petita de tabac que fumen no els farà mal”³⁸. També són les principals consumidores de tabac *light*, per la creença enganyosa de què aquest tipus de tabac comporta menys risc.

De fet, a Catalunya, un 99% de les dones fuma cigarretes amb filtre, sent la mitjana de cigarretes diàries fumades de 14, concretament sis cigarretes menys

Taula 5.2.: Creences en relació amb el risc per a la salut (Catalunya, 1998).

	Dones		Homes	
	n	%	n	%
Creuen que el tabac és perjudicial per a la salut				
Sí amb certesa	315	88,2	485	85,1
Probablement sí	36	10,1	67	11,8
Probablement no	2	0,6	8	1,4
No amb certesa	-	-	1	0,2
No ho sap	4	1,1	9	1,6
Estan preocupats pels efectes del tabac sobre la seva salut				
Molt	66	18,5	93	16,3
Bastant	110	30,8	141	24,7
Poc	106	29,7	180	31,6
Gens	74	20,7	156	27,4
No ho sap	1	0,3	-	-
Total	357	100,0	570	100,0

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

que la mitjana dels homes. Un 26,1% de les dones catalanes fuma tabac *light*, la qual cosa representa 15,7 punts de percentatge més que en els homes³⁹ (Taula 5.3.).

Un altre factor que la dona percep com un cost de l'hàbit tabàquic, no tant per a ella com per al seu fill, és l'embaràs. En efecte, s'ha vist que en aquest moment de la vida femenina entre un 20% i un 40% de les dones deixen de fumar als països desenvolupats³⁸. Concretament, a Barcelona, alguns estudis mostren que al voltant del 19% de les dones embarassades abandonen espontàniament l'hàbit tabàquic abans de cap contacte amb els professionals sanitaris^{41, 42}. Malauradament, una proporció elevada de dones torna a fumar després de l'embaràs; concretament a Catalunya, més d'un 40% de les dones que van deixar de fumar durant l'embaràs van recaure posteriorment (Fig. 5.1.).

Taula 5.3.: Característiques de la dona i l'home fumadors (Catalunya, 1998).

	Dones	Homes
Fumadors de cigarretes amb filtre	99%	92%
Fumadors de tabac normal	72%	87%
Fumadors de tabac <i>light</i>	26%	10%
Mitjana de cigarretes diàries	14	20
Durada mitjana de l'hàbit tabàquic (anys)	14	23
Fumadors que encenen una cigarreta dins els primers 30 minuts després de llevar-se al matí	34%	46%
Fumadors a qui els costa no fumar quan no està permès	11%	15%
Fumadors que fumen quan estan malalts	37%	42%
Fumadors que ho volen deixar	64%	57%
Fumadors que se senten capaços de deixar de fumar per ells mateixos	71%	67%

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya (40).

Finalment, altres costos percebuts per la dona en relació al tabac serien els relacionats amb l'aspecte estètic i sensorial. Així, certes dones estan preocupades i li atribueixen un aspecte negatiu a l'olor de tabac o a la seva interferència amb el gust³⁸. El mateix passa amb els problemes de pell: al Regne Unit, per exemple, una proporció significativament més gran de noies que de nois pensa que el fet de fumar fa que la pell tingui més tendència a arrugar-se⁴³.

No obstant això, les dones també perceben molts beneficis en relació al tabac i llavors continuen fumant. Un dels factors que influeix en el manteniment de l'hàbit tabàquic és el control del pes. La nicotina, principal alcaloide del fum del

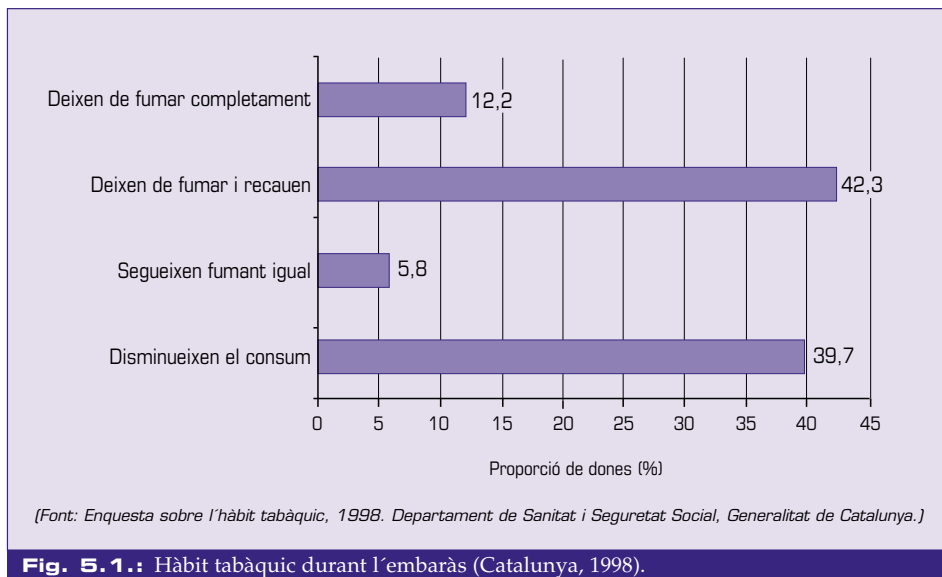


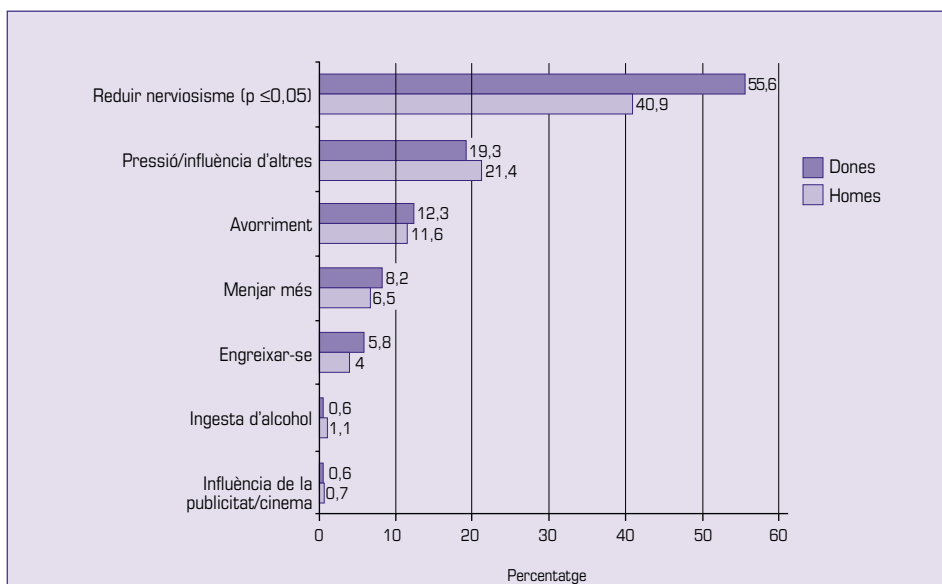
Fig. 5.1.: Hàbit tabàquic durant l'embaràs (Catalunya, 1998).

tabac, afecta la taxa metabòlica i fa que els fumadors pesin, en general, al voltant de 3 kg menys que els no fumadors. Aquesta disminució de pes ve donada per un increment de la taxa metabòlica i per una supressió de la gana que apareix al mateix temps⁴⁴. Sembla que en deixar de fumar les dones tenen tendència a guanyar una mica més de pes que els homes i, en ambdós sexes, els més joves de 55 anys i els fumadors de més de 25 cigarretes diàries tenen un major risc d'engreixar-se^{45, 46}.

A més, les dones estan més preocupades pel seu pes i per la imatge del seu cos que els homes. En efecte, les dones veuen els beneficis tangibles del tabac en les seves autoimatges més importants que els problemes intangibles i no visibles en la seva salut a llarg termini^{47, 48}. Són les dones les que atribueixen més importància al control del pes com a fet afavoridor del manteniment de l'hàbit tabàquic i de la recaiguda un cop han aconseguit deixar de fumar. Així, més noies que nois contesten que "fumar les ajuda a estar primes" en la darrera enquesta a joves sobre el tabac que s'ha portat a terme al Regne Unit⁴³. A Catalunya, una major proporció de dones fumadores que d'homes fumadors opina, encara que de forma no significativa, que el fet de menjar més i engreixar-se influeix molt en la recaiguda de l'hàbit tabàquic³⁹ (Fig. 5.2.).

Els fumadors perceben que el tabac té efectes psicològics beneficiosos. Entre aquests és ben conegut l'efecte de reducció dels nervis i relaxació atribuït al

tabac, sobretot pel que fa al sexe femení. De fet, a Catalunya, l'efecte relaxant del tabac ha estat la primera raó contestada pels fumadors per a tornar a fumar; i dins d'ella, la proporció de dones (55,6%) que han opinat que seguien fumant perquè el tabac reduïa els nervis ha estat significativament més gran que la dels homes (40,9%) (Fig. 5.2.).



(Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.)

Fig. 5.2.: Factors que influeixen molt en el fet de tornar a fumar per part de fumadors actuals i ocasionals (Catalunya, 1998).

Malgrat això, els estudis realitzats per conèixer l'efecte del tabac sobre l'estat d'ànim només han pogut demostrar que la nicotina produïa un lleuger efecte estimulador, que es manifestava sobretot amb la primera cigarreta del dia i que es mantenia posteriorment durant tot el dia amb les altres cigarretes⁴⁴. L'efecte reductor de l'ansietat i l'estrès i regulador del mal humor, que atribueixen sobretot les dones al tabac, està relacionat amb el paper familiar i professional de la dona en la societat actual. En països del nord i centre d'Europa, on les dones que més fumen són les de les classes socioeconòmiques modestes, aquestes, per a poder aconseguir els ideals de comportament femení imposats culturalment, veuen el fet de fumar-se una cigarreta com un mitjà per trencar la monotonia i l'únic luxe que tenen^{49,50}.

5.2.2. Dependència nicotínica

El tabac produeix una addicció intensa a la nicotina. La gent s'inicia a l'hàbit tabàquic i es torna addicta a la nicotina durant l'adolescència. Un cop a l'edat adulta continuen fumant, malgrat voler abandonar l'hàbit i poder escollir lliurement, ja que són addictes a la nicotina i no poden deixar de fumar. La presència de nicotina és necessària, però no suficient, per crear un impacte psicoactiu important en el fumador. És imprescindible que la nicotina s'alliberi ràpidament al cervell, fet que es realitza mitjançant la inhalació⁴⁴.

Quant a les diferències de gènere, a Catalunya sembla que les dones presenten un grau més baix de dependència nicotínica, mesurada pel moment en el qual encenen la primera cigarreta diària. En efecte, un 46% dels fumadors del col·lectiu masculí encenen una cigarreta dins dels primers 30 minuts després de llevar-se al matí, en comparació amb un 34% de les dones fumadores. A més, a menys dones que homes els costa no fumar quan no està permès, i una major proporció d'homes que de dones segueixen fumant quan estan malalts (Taula 5.3.).

En general, les dones mostren una dependència nicotínica, basada tant en la autoresposta com en les mesures bioquímiques, més baixa que els homes⁵¹. No obstant això, s'ha vist que el consum habitual del nombre de cigarretes fumades és un predictor molt més important de la dependència nicotínica que la variable sexe. I sembla ser que quan s'analitzen les dades igualant el grau de consum, les noies mostren més dependència que els nois⁴⁴.

5.2.3. Manteniment del mercat femení

L'epidèmia tabàquica no es genera espontàniament sinó que ve provocada i estesa per una causa ben determinada: el negoci d'unes importantíssimes companyies tabaqueres. Amb la reducció del tabaquisme masculí, és en la població femenina on la indústria ha trobat un terreny adobat per fer proselitisme⁵². Ara, tant en els països desenvolupats com en els del Tercer Món, les dones representen la població diana⁵³.

Tota estratègia comercial per fer créixer l'hàbit tabàquic en la dona depèn de la marca de cigarretes, el país d'origen i el subgrup particular de la dona al qual el producte va destinat. Les accions comercials es basen a promoure imatges que agradin exclusivament les dones, en la creació de productes exclusivament femenins o bé més utilitzats per les dones i, finalment, en la utilització dels mitjans de comunicació específicament femenins per a l'acció publicitària.

La indústria tabaquera pretén generar una imatge de dona fumadora seductora, prima i sofisticada mitjançant anuncis amb models esveltes i l'ús de cigarretes més allargades⁵³. A través d'activitats esportives i desfilades de moda s'ha intentat associar la promoció de determinades marques de tabac a activitats socialment ben valorades. La captació i el manteniment del mercat femení s'assoleix sobretot per la creació de les cigarretes *light* amb un baix contingut de nicotina. En alguns països aquestes cigarretes es van llençar amb marques femenines i noms suggerents, com *Capri*, *Kim*, *Vogue* o *Virginia Slims*⁵⁴. Les cigarretes *light* són, naturalment, les que tenen molt més èxit entre el col·lectiu femení. A Catalunya, el 26,1% de les fumadores consumeixen cigarretes *light*.

L'ús de tabac *light* pot indicar una preocupació pels efectes en la salut i un canvi a un tabac percebut com menys nociu. Així, a mesura que augmenta l'edat dels fumadors el consum de tabac *light* és més freqüent; es comprova que aquest tipus de tabac té menys pes en la iniciació a l'hàbit tabàquic però que és més important com a substitut de l'abandonament i motivador del manteniment del tabaquisme.

A Catalunya, un 36,8% de les dones fumadores de 45 a 64 anys consumeixen aquesta classe de tabac (Taula 5.4.). La creació de tabac *light* constitueix una amenaça per a la salut pública, ja que no és menys nociu per a la salut. En efecte, els fumadors d'aquest tipus de tabac inhalen més profundament i poden estar més exposats a quantitats més importants de certs carcinògens com les *N*-nitrosamines⁵⁵. Passar a fumar tabac baix en nicotina implica, doncs, fumar de forma més intensa per poder compensar les quantitats inferiors de nicotina d'aquest tipus de tabac. Així doncs, les quantitats de nicotina i quitrà realment absorbides pels fumadors no corresponen a les especificades als paquets de cigarretes^{56, 57}. Mitjançant la creació del tabac *light* s'ha aconseguit incrementar el tabaquisme femení i s'ha contribuït, probablement, a frenar l'abandonament de l'hàbit assegurant-se consumidors que altrament haguessin deixat de fumar.

Taula 5.4.: Percentatge de fumadors que consumeixen tabac *light* segons el sexe i l'edat (Catalunya, 1998)*.

Edat (anys)	Dones	Homes
15-24	19,6	7,6
25-44	27,0	8,6
45-64	36,8	10,6
>65	33,3	25,0
Total	26,1	10,4

*Població >14 anys.

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

Alhora, la indústria tabaquera ha pogut mantenir el mercat femení utilitzant el vehicle dels mitjans escrits de comunicació per a les dones, sobretot en els països on la publicitat a la televisió està prohibida. Especialment, les revistes femenines es llegeixen per les dones de totes les edats i classes socials. Es fa creure que el tabac forma part de la nostra vida normal, sobretot quan la publicitat surt en revistes de caire general i, per tant, "serioses", que garanteixen una bona acceptabilitat social. De fet, un estudi europeu va mostrar que el 69% de les revistes de 13 països europeus acceptaven la publicitat del tabac⁵⁸. La indústria tabaquera s'ha anat tornant cada vegada més sofisticada en les seves estratègies de màrqueting, i ha desenvolupat una sèrie de missatges i imatges per atraure diferents segments del mercat femení. Ha explotat la idea simbòlica de feminisme ("ser iguals que els homes") i la d'emancipació ("ser tu mateixa")⁵⁹.

L'única manera de combatre el manteniment del mercat femení és la implementació de prohibicions totals en la promoció del tabac i de la seva publicitat, tant directa com indirecta, arreu del món.

5.3. La cessació de l'hàbit tabàquic en la dona

5.3.1. Beneficis

Qualsevol política en l'àmbit sanitari té sentit si produeix un guany en salut afegint anys a la vida i també salut, i, per tant, qualitat a la vida. Una política antitabac n'és un bon exemple: en efecte, des del punt de vista de la salut pública, una reducció moderada en el consum de tabac pot salvar moltes vides⁶⁰. A més, l'abandonament del tabaquisme no només implica una reducció de la mortalitat sinó també una millora de la morbiditat relacionada amb l'hàbit tabàquic, com ara l'absentisme laboral i la reducció de la percepció dolenta de l'estat de salut, entre d'altres.

En la gent de mitjana edat, tant en homes com en dones, la cessació de l'hàbit tabàquic, abans de desenvolupar càncer o altres problemes de salut importants, evita la major part de l'excés de risc de mortalitat per tabac⁶⁰. En general, s'accepta que entre els 10 i 15 anys d'haver abandonat l'hàbit tabàquic el risc de mortalitat de l'exfumador s'igualava al del no fumador. El benefici és més important quan abans s'inicia l'abandonament del tabaquisme, i és inversament proporcional a la intensitat de l'hàbit tabàquic i a la seva duració⁶¹. El risc de càncer de pulmó entre els exfumadors s'igualava al dels no fumadors al voltant dels 20 anys d'haver deixat de fumar, i el mateix passa amb el risc de malaltia coronària al voltant dels deu anys d'haver abandonat l'hàbit tabàquic⁶². En el cas de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), amb un abandonament de

L'hàbit tabàquic mantingut, la taxa de mortalitat per aquesta malaltia es redueix en els exfumadors en comparació amb els que continuen fumant. No obstant això, els beneficis de la cessació en la mortalitat són menys evidents quan la MPOC ja s'ha establert^{61, 63}.

Específicament, en el cas de les dones embarassades, si el tabaquisme s'abandona un mes abans de la concepció es redueix de forma significativa l'excés de risc d'embaràs extrauterí que tenen les dones fumadores⁶⁴. Si la dona embarassada deixa de fumar abans de la setmana 30 de la gestació, el pes del nadó en néixer és superior al del nadó de la dona embarassada que continua fumant durant tot l'embaràs⁶⁵. Si la cessació es realitza durant el primer trimestre d'embaràs els beneficis en el pes del nadó són màxims (durant aquest trimestre l'augment de risc és del 30%); si té lloc en el segon trimestre els beneficis són intermedis (augment de risc del 70%), i si es realitza en el tercer trimestre els beneficis són mínims⁶¹. Entre un 17% i un 26% dels casos de baix pes en néixer es podrien evitar si les dones embarassades abandonessin l'hàbit tabàquic en conèixer l'embaràs⁶³. En el moment del part, la dona fumadora té més risc de prematuritat que la dona no fumadora (7,6% a 9,2%); si deixa de fumar es redueix el risc (6,8% a 7,5%), i si deixa de fumar completament el risc s'igualava al de la dona no fumadora (5,4% a 6,7%)⁶¹.

La cessació tabàquica tendeix a igualar l'edat d'aparició de la menopausa a la de la dona no fumadora, i en redueix el període d'avançament (d'un a dos anys) que es produeix en la dona fumadora. Així, les dones exfumadores tenen la menopausa a una edat similar a la de les que mai no han fumat⁶³.

5.3.2. Diferències de gènere

Avaluació de les diferències de gènere en la cessació

Existeixen dificultats per avaluar la presència de diferències de gènere en l'abandonament de l'hàbit tabàquic. Per una banda, la majoria d'homes i dones deixen de fumar espontàniament, sense utilitzar cap mètode per deixar de fumar i sense contactar amb cap unitat de tabaquisme, situació que dificulta la seva avaluació⁴⁹. De fet, a Catalunya, un 95% de les dones i un 98% dels homes que es declaren exfumadors l'any 1998 van deixar de fumar sense cap altre mètode que la seva força de voluntat (Taula 5.5.). Cal tenir en compte, però, que el resultat d'abandonar l'hàbit tabàquic espontàniament pot ser, en part, la conseqüència de campanyes informatives i educatives⁶⁵. També hi poden haver diferències clares entre els fumadors que atenen programes formals de tractament i els que no ho fan, esbiaixant els resultats de les avaluacions que es fan en les unitats de tractament⁶⁶.

Taula 5.5.: Característiques de la dona i l'home exfumadors (Catalunya, 1998).

	Dones	Homes
Exfumadors que van deixar de fumar fa més de 2 anys	74%	82%
Exfumadors de cigarretes amb filtre	100%	79%
Exfumadors de tabac normal	84%	93%
Exfumadors de tabac <i>light</i>	15%	4%
Mitjana de cigarretes diàries que es fumaven	15	23
Temps durant el qual havien estat fumadors (anys)	13	28
Van deixar de fumar sense cap més mètode que la seva força de voluntat	95%	98%

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

Per una altra banda, alguns estudis que han intentat avaluar aquestes diferències de gènere en la cessació de l'hàbit tabàquic han utilitzat poblacions diferents quant a nivell d'estudis, ocupació, edat i factors relacionats amb la història del tabaquisme dels fumadors, tots ells aspectes que influeixen en l'abandonament del tabaquisme.

Variabls predictores de la cessació

La història del fumador, el nombre de cigarretes fumades i l'edat són factors que afecten la cessació de l'hàbit tabàquic. Com més alt és el consum previ a l'abandonament més difícil és la cessació⁶⁷. En el cas de l'edat, un estudi britànic va mostrar que quan s'analitzava l'abandonament per grups d'edat concrets, les dones joves presentaven unes taxes de cessació més altes que els homes joves, i els homes de mitjana edat tenien taxes d'abandonament superiors a les dones de la mateixa edat. A partir dels 65 anys les taxes de cessació s'igualaven en ambdós sexes⁶⁸.

A més de l'edat, altres variables sociodemogràfiques, com ara l'educació, afecten la cessació, especialment en les dones, grup poblacional on s'ha vist que a major nivell educatiu més alta és la taxa de cessació. El mateix passa amb un índex de massa corporal alt, aspecte on s'ha trobat una associació positiva significativa, únicament en les dones, amb la cessació de l'hàbit tabàquic: les dones amb un pes més alt podrien estar menys preocupades per increments petits de pes deguts a l'abandonament del tabaquisme⁶⁷.

Els beneficis percebuts relacionats amb el control del pes i de l'estat d'ànim i estrès, ja comentats en l'apartat 5.2., i l'absència de suport social per part de les parelles, que moltes dones atribueixen a la dificultat per deixar de fumar o per mantenir-se sense fumar, es consideren variables relacionades amb l'abandona-

ment del tabaquisme. A més, símptomes d'abstinència en la cessació de l'hàbit tabàquic, més important en les dones que en els homes, també s'han relacionat amb l'autoeficàcia i el cicle menstrual^{51, 69}.

Resultats diferencials de gènere en la cessació

Els estudis que obtenen diferències de gènere en la cessació de l'hàbit tabàquic conclouen, en general, que els homes tenen més èxit que les dones a aconseguir abandonar-lo. Tanmateix, quan s'ajusta per l'edat, les diferències significatives en les taxes d'abandonament entre homes i dones desapareixen⁶⁸.

Els estudis que han avaluat les diferències de gènere en la cessació i la recaiguda espontània, sense cap tractament, han mostrat que no hi ha diferències significatives en la cessació a curt termini, però sí que es donen a llarg termini, especialment perquè per a les dones és més difícil mantenir la cessació. En efecte, en un estudi on es va fer el seguiment d'homes i dones que havien deixat de fumar en el primer intent, sense cap ajut, es va veure que als 15 dies d'haver deixat de fumar no hi havia diferències significatives entre gèneres; en canvi, a l'any les dones tenien una probabilitat de recaure tres vegades superior a la dels homes⁶⁹. El mateix es va veure en un altre estudi que analitzava l'abandonament espontani del tabaquisme: als cinc anys d'haver deixat de fumar, el 12% d'homes i de dones es mantenien sense fumar, però quan s'ajustava per factors de confusió com l'edat, l'educació i el consum de cigarretes la possibilitat d'abandonament era un 20% superior en els homes que en les dones. Als deu anys les diferències de gènere encara s'incrementaven més, i mostraven les dificultats per mantenir la cessació en les dones⁶⁷. Una anàlisi de la recaiguda, realitzada en el mateix estudi i calculada a partir de la proporció d'exfumadors als cinc anys que van ser classificats com a fumadors als deu anys, va mostrar, encara que de forma no significativa, que les dones tornaven a recaure amb més freqüència que els homes (18% enfront del 15%).

Altres estudis han avaluat les diferències de gènere en la cessació de l'hàbit tabàquic amb tècniques farmacològiques d'ajut. Encara que concretament s'ha mostrat l'efectivitat d'aquests tractaments en ambdós sexes, sembla que s'obtenen resultats significativament més positius en les taxes d'abandonament del tabaquisme en els homes que en les dones^{51, 70}. Quant a la recaiguda posterior al tractament substitutiu nicotínic, un altre estudi mostra que les taxes de recaiguda entre els 12 i 36 mesos d'haver deixat de fumar són significativament més altes en dones que en homes (28% enfront del 23%; $p \leq 0,05$)⁷¹.

Diferents hipòtesis han intentat explicar aquests resultats, encara que es requereix més recerca sobre el tema. En primer lloc, podria ser que els homes i les dones tinguessin graus i tipus de motivacions diferents. La motivació és un dels elements clau per al procés dinàmic de cessació tabàquica. La motivació

intrínseca depèn majoritàriament de dues dimensions: la preocupació per la salut i l'autocontrol. Un nivell alt de motivació intrínseca implicaria uns millors resultats en la cessació. Això, en el context internacional, es donaria en els homes que presentarien, abans del tractament, nivells significatius més alts de motivació interna. En canvi, les dones tindrien nivells de motivació extrínseca (més relacionada amb el reforç immediat i amb les variables d'influència social) importants que afectarien el resultat de la cessació⁷². Una explicació de les diferències de gènere en la cessació posterior als tractaments substitutius nicotínics es basaria en el fet que les dones serien menys sensibles al reforç nicotínic i, en canvi, fumarien més per obtenir un reforç no nicotínic, més relacionat amb els efectes sensorials del tabac i amb un reforç social secundari⁷³.

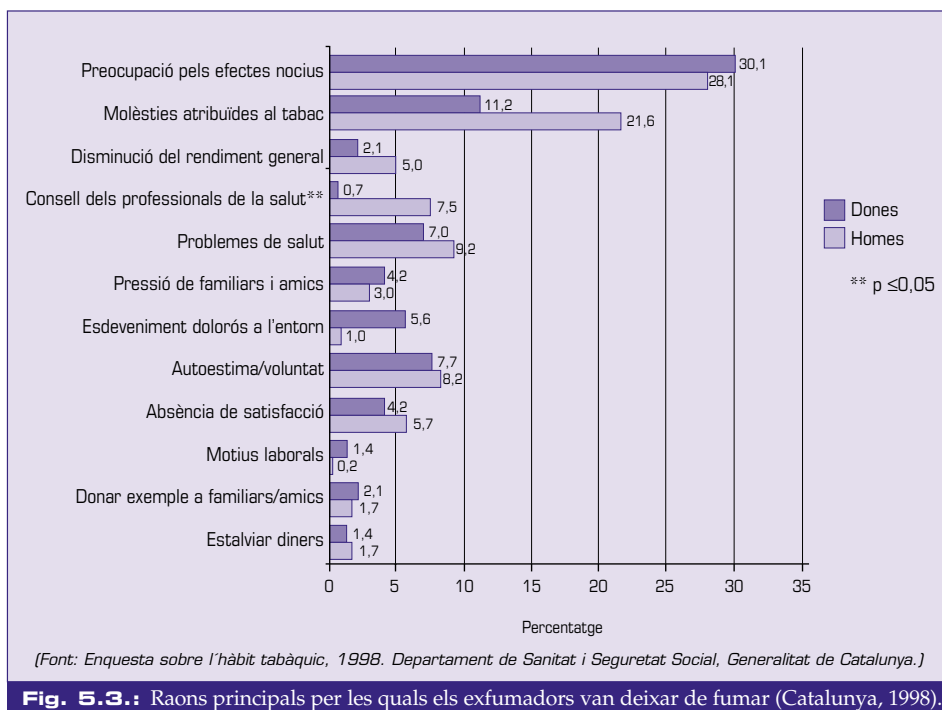


Fig. 5.3.: Raons principals per les quals els exfumadors van deixar de fumar (Catalunya, 1998).

A Catalunya, l'enquesta sobre l'hàbit tabàquic de 1998 mostra que les principals raons per les quals els exfumadors van abandonar l'hàbit tabàquic van ser les mateixes, encara que en diferent ordre, en homes i dones. En efecte, la preocupació pels efectes nocius del tabac, les molèsties atribuïdes al tabac, els problemes de salut no relacionats directament amb el tabac i l'autoestima van ser els quatre motius més importants per deixar de fumar

percebuts pels exfumadors catalans. L'increment d'autoestima com a raó estaria en tercer lloc en el cas de les dones, per davant dels problemes de salut no relacionats directament amb el tabac. L'estudi bivariat va mostrar que les dones catalanes serien significativament menys sensibles, a l'hora de deixar de fumar, als consells dels professionals de la salut i a les molèsties atribuïdes al tabac. En canvi, els acontereixements dolorosos de l'entorn influïrien significativament més en les dones que en els homes en el moment de decidir l'abandonament del tabaquisme (Fig. 5.3.).

Quant al nombre d'intents realitzats pels exfumadors catalans per aconseguir la cessació de l'hàbit tabàquic, no es troben diferències de gènere significatives. Més de la meitat dels exfumadors deixen de fumar sense haver realitzat cap intent previ (Taula 5.6.).

Taula 5.6.: Nombre d'intents realitzats pels exfumadors abans de deixar de fumar definitivament (Catalunya, 1998).

	Exfumadors			
	Dones		Homes	
	n	%	n	%
Cap intent	82	57,3	201	50,3
1-3 intents	50	35,0	138	34,5
4 o més intents	11	7,7	61	15,2
Total	143	100,0	400	100,0

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

Analitzar les diferències de gènere en la cessació és important per dissenyar estratègies efectives per deixar de fumar. Les dones podrien necessitar, a més del tractament farmacològic, un tractament conductual que faci èmfasi sobre els aspectes del tabac no relacionats amb la nicotina, com la gestió del propi estil de vida, programes nutricionals per controlar el pes i estratègies de maneig de l'estrès⁷⁴. Cal incrementar la recerca sobre els programes més específics de gènere, que combinin l'entrenament de les habilitats amb una millor prevenció de la recaiguda i un seguiment més llarg, per ajudar les dones a aconseguir una cessació mantinguda⁷¹.

PUNTS CLAU

- La prevalença global de noies fumadores en l'escola secundària és més alta que la dels nois. Al contrari, sembla que els nois fumadors diaris solen fumar més cigarretes que les noies.
- L'autoestima, l'estrès i els problemes amb el pes corporal tenen més influència sobre la iniciació en el consum en les noies. El fet de fumar com a part de la recerca de noves sensacions és més propi dels nois.
- Les noies semblen més influenciades per l'hàbit tabàquic dels progenitors, especialment pel de la mare, i acusen més que els nois la pressió de grup.
- El manteniment de l'hàbit tabàquic en la dona està relacionat principalment amb el control del pes, la imatge del cos, la reducció de l'estrès i l'addicció a la nicotina.
- A Catalunya, un 36,8% de les dones fumadores de 45 a 64 anys consumeix tabac *light*.
- Els beneficis de la cessació de l'hàbit tabàquic sobre la salut excedeixen de llarg qualsevol altre efecte advers, com ara l'increment de pes o els efectes psicològics que segueixen a l'abandonament del tabaquisme.
- No existeixen diferències de gènere en la cessació, però les dones tenen més dificultat a mantenir l'abandonament a llarg termini.

BIBLIOGRAFIA

1. Díez, E., Barniol, J., Nebot, M., Juárez, O., Martín, M., Villalbí, J.R. *Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: Relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis*. Gac Sanit 1998; 12: 272-280.
2. Waldron, I., Lye, D., Brandon, A. *Gender differences in teenage smoking*. Women Health 1991; 17: 65-90.
3. Hill, D.J., White, V.W., Williams, R.M., Gardner, G.J. *Tobacco and alcohol use among Australian secondary school students in 1990*. Med J Aust 1993; 158(4): 228-234.
4. Ariza, C. *Factors predictius lligats a la iniciació i experimentació del consum de tabac i d'alcohol en escolars. Un estudi longitudinal (tesi doctoral)*. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona 1996.
5. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Fundació Catalana de Pneumologia. *16 anys de lluita contra el tabac a Catalunya (1982-1998)*. Departament de Sanitat i Seguretat, Barcelona 1999.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe sobre la salud de los españoles: 1998*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1999.
7. Suris, J.C., Parera, N. *Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la ciutat de Barcelona 1999*. Fundació Santiago Dexeus Font, Barcelona 2000.
8. Ariza, C., Nebot, M. *Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria*. Gac Sanit 1995; 101-110.
9. Bonaguro, J.A., Bonaguro, E.W. *Self-concept, stress symptomatology, and tobacco use*. J Sch Health 1987; 57: 56-58.
10. Simons-Morton, B., Crump, A.D., Haynie, D.L., Saylor, K.E., Eitel, P., Yu, K. *Psychosocial, school and parent factors associated with recent smoking among early-adolescent boys and girls*. Prev Med 1999; 28: 138-148.
11. Clayton, S. *Gender differences in psychosocial determinants of adolescent smoking*. J Sch Health 1991; 61: 115-120.
12. Wills, T.A. *Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples*. Health Psychol 1986; 5: 503-529.
13. Waldron, I., Lye, D. *Relationships of teenage smoking to educational aspirations and parents' education*. J Subst Abuse 1990; 2(2): 201-215.
14. Pedersen, W. *Starting to smoke-vulnerability of girls*. Tidsskr Nor Laegeforen 1990; 110: 740-744.
15. Fisher, M., Kupferman, L.B., Lesser, M. *Substance use in a school-based clinic population: Use of randomized response technique to estimate prevalence*. J Adolesc Health 1992; 13: 281-285.
16. Klesges, R.C., Elliot, V.E., Robinson, L.A. *Chronic dieting and the belief that smoking controls body weight in a biracial, population-based adolescent sample*. Tob Control 1997; 6: 89-94.

17. Tomeo, C.A., Field, A.E., Berkey, C.S., Colditz, G.A., Frazier, A.L. *Weight concerns, weight control behaviors and smoking initiation*. *Pediatrics* 1999; 104: 918-924.
18. Comín, E., Torrúbia, R., Mor, J. *Relación entre personalidad, actitudes y consumo de alcohol, tabaco y ejercicio en escolares*. *Gac Sanit* 1997; 12: 255-262.
19. Silvis, G.L., Perry, C.L. *Understanding and deterring tobacco use among adolescents*. *Pediatr Clin North Am* 1987; 34: 363-379.
20. Villalbí, J.R., Nebot, M., Comín, E., Murillo, C. *Consumo precoz de tabaco en escolares*. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 613-623.
21. Hover, S.J., Gaffney, L.R. *Factors associated with smoking behavior in adolescent girls*. *Addict Behav* 1988; 13: 139-145.
22. Donato, F., Monarca, S., Chiesa, R., Feretti, D., Nardi, G. *Smoking among high school students in 10 Italian towns: Patterns and covariates*. *Int J Addict* 1994; 29: 1537-1557.
23. Díez, E., Villalbí, J.R., Nebot, M., Aubà, J., Sanz, F. *El inicio del consumo de tabaco en escolares: Estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos*. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 334-339.
24. Koval, J.J., Pederson, L.L. *Stress-coping and other psychosocial risk factors: A model for smoking in grade 6 students*. *Addict Behav* 1999; 24: 207-218.
25. Eiser, J.R., Morgan, M., Gammage, P., Brooks, N., Kirby, R. *Adolescent health behavior and similarity-attraction: Friends share smoking habits (really), but much else besides*. *Br J Soc Psychol* 1991; 4: 339-348.
26. Urberg, K.A., Degirmencioglu, S.M., Pilgrim, C. *Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use*. *Dev Psychol* 1997; 33: 834-844.
27. *Curbing the epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control*. A World Bank Publication, Washington, DC, 1999.
28. Center for Disease Control. *Tobacco use and usual source of cigarettes among high school students- United States, 1995*. *MMWR* 1996; 45: 413-418.
29. Villalbí, J.R., Vives, R., Nebot, M., Díez, E., Ballestín, M. *El tabaco y los escolares: Contexto, opiniones y comportamiento*. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 579-581.
30. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. *Recomendaciones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo*. A: Becoña, E. (Ed.). Libro Blanco sobre el tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Glosa Ediciones, Barcelona 1998.
31. Unió de Consumidors de Catalunya. *Informe: Punts de venda de tabac*. Unió de Consumidors de Catalunya, Barcelona 1999.
32. Gordon, N.P. *Never smokers, triers and current smokers: Three distinct target groups for school-based antismoking programs*. *Health Educ Q* 1986; 13: 163-180.

33. Goldstein, A.O., Fischer, P.M., Richards, J.W., Jr., Creten, D. *Relationship between high school student smoking and recognition of cigarette advertisements*. J Pediatr 1987; 110: 488-491.
34. Sargent, J.D., Dalton, M.A., Beach, M., Bernhardt, A., Pullin, D., Stevens, M. *Cigarette promotional items in public schools*. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151: 1189-1196.
35. Gilpin, E.A., Pierce, J.P. *Trends in adolescent smoking in the United States: Is tobacco marketing an influence?* Tob Control 1997; 6: 122-127.
36. Redmond, W.H. *Effects of sales promotion on smoking among U.S. ninth graders*. Prev Med 1999; 28: 243-250.
37. Jackson, C. *Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: Relation to peer, parent, and personal risk factors*. Addictive behaviors 1997; 22: 685-698.
38. Waldron, I. *Patterns and causes of gender differences in smoking*. Soc Sci Med 1997; 32: 989-1005.
39. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Enquesta sobre l'hàbit tabàquic 1998* (Inèdit).
40. www.gencat.es/sanitat/cat/tabac.htm
41. Jané, M., Nebot, M., Badí, M., Berjano, B., Rodríguez, M.C., Muñoz, M. i cols. *Factores determinantes del abandono del tabaquismo en Barcelona*. Med Clin (Barc) 2000; 114: 132-135.
42. Nebot, M., Castellanos, E., Carreras, R., Ballestín, M. *Smoking during pregnancy; spontaneous quitting rate and qualitative research of attitudes*. Smoke-free Europe. Conference on Tobacco or Health, Helsinki 1996.
43. Higgins, V. *Young teenagers and smoking in 1998. A report of the key findings from the Teenage Smoking Attitudes survey carried out in England in 1998* (Office of National Statistics). London 2000.
44. Royal College of Physicians. *Nicotine Addiction in Britain*. Royal College of Physicians. London 2000.
45. Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R. i cols. *Smoking cessation. Clinical Practice Guideline n° 18*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. ACHPR Publication n.º 96-0692, April 1996.
46. Curister, M. *Weight gain after smoking cessation*. International Journal of smoking cessation 1995; 4: 34-39.
47. Amos, A., Gray, D., Currie, C., Elton, R. *Healthy or druggy? Self-image, ideal image and smoking behaviour among young people*. Soc Sci Med 1997; 45: 847-858.
48. Crisp, A.H., Stavrkaki, C., Halek, C., Williams, E., Segwick, P., Kiossis, I. *Smoking and pursuit of thinners in schoolgirls in London and Ottawa*. Postgrad Med J 1998; 74: 473-479.

49. Amos, A. *Women and smoking: A global issue*. World Health Statistics Quarterly 1996; 49: 127-133.
50. Graham, H. *Women's smoking and family health*. Soc Sci Med 1987; 25: 47-56.
51. Wetter, D.W., Kenford, S.L., Smith, S.S., Fiore, M.C., Jorenby, D.E., Baker, T.B. *Gender differences in smoking cessation*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1999; 67: 555-562.
52. Jané Checa, M. *El tabaco en el siglo XXI*. La Vanguardia 22.12.1999.
53. Amos, A. *Comment l'industrie du tabac "piège" les femmes*. Forum mondial de la santé 1990; 11: 454-460.
54. Joossens, L., Sasco, A. *La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea*. Red Europea de Prevención del Tabaquismo, Bruselas 1999.
55. Stellman, S. *Impact of filter cigarette smoking on lung cancer histology*. Prev Med 1997; 26: 451-456.
56. US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. *Proposed rule analysis regarding FDA's jurisdiction over nicotine-containing cigarettes and smokeless tobacco products*. Federal Register, August 1995.
57. Ramström, L.M., Villalbí, J.R. *Los cigarrillos light no disminuyen los riesgos del fumador*. Rev Clin Esp 2000; 200: 108.
58. Amos, A., Bostock, Y. *Policy on cigarette advertising and coverage of smoking and health in European women's magazines*. Br Med J 1992; 304: 99-101.
59. Amos, A., Haglund, M. *From social taboo to "torch of freedom": The marketing of cigarettes to women*. Tob Control 2000; 9: 3-8.
60. Peto, R. *Smoking and death: The past 40 years and the next 40*. Br Med J 1994; 309: 937-939.
61. Pardell, H., Saltó, E., Salleras, Ll. *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Editorial Médica Panamericana, Madrid 1996.
62. Salleras, Ll., Pardell, H., Saltó, E., Martín, G., Serra, L., Plans, P. i cols. *Consejo antitabaco*. Med Clin 1994; 102: 109-117.
63. US Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation. A report of the surgeon general*. Office on Smoking and Health, Rockville, MD, 1990.
64. Delcroix, M., Chuffart, M. *La grosseur et le tabac*. Presses Universitaires de France, Paris 1999.
65. World Health Organisation. *Women and tobacco*. World Health Organisation, Geneva 1992.
66. Fiore, M.C., Novotny, T.E., Pierce, J.P., Giovino, G.A., Hatziandreu, E.J. i cols. *Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help?* JAMA 1990; 263: 2760-2765.

67. Osler, M., Prescott, E., Godtfredsen, N., Hein, H.O., Schnohr, P. *Gender and determinants of smoking cessation: A longitudinal study*. *Prev Med* 1999; 29: 62-75.
68. Jarvis, M.J. *Gender differences in smoking cessation: Real or myth?* *Tob Control* 1994; 3: 324-328.
69. Ward, K.D., Klesges, R.C., Zbikowski, S.M., Bliss, R.E., Garvey, A.J. *Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt*. *Addictive Behaviors* 1997; 22: 521-533.
70. Wetter, D.W., Fiore, M.C., Young, T.B., McClure, J.B., Moor, C.A., Baker, T.B. *Gender differences in response to nicotine replacement therapy: Objective and subjective indexes of tobacco withdrawal*. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1999; 7: 135-144.
71. Bjornson, W., Rand, C., Connett, J.E., Lindgren, P., Nides, M., Pope, F. i cols. *Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study*. *Am J Public Health* 1995; 85: 223-230.
72. Curry, S.J., Grothaus, L., McBride, C. *Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers*. *Addictive Behaviors* 1997; 22: 727-739.
73. Perkins, K.A. *Sex differences in nicotine versus nonnicotine reinforcement as determinants of tobacco smoking*. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1996; 4: 1-12.
74. Becoña, E., Vázquez, F.L. *Las mujeres y el tabaco: Características ligadas al género*. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 13-23.

6. Estratègies i polítiques de control del tabaquisme efectives per a la dona

6.1. Estratègies de cessació

Hi ha molts factors que poden influir en què les persones deixin de fumar: l'edat i el grau de salut de la persona, la convivència amb una parella fumadora, la classe social o el nivell educatiu, la història de consum de tabac (edat d'inici, anys que es porta fumant), la motivació per deixar de fumar o la disposició pel canvi, el grau de dependència a la nicotina, etc.^{1,2}. Tal com s'ha vist en l'apartat 5.3.2. del capítol 5, l'evidència disponible actualment mostra que, en relació a aquestes variables, hi ha diferències de gènere reals en alguns grups d'edat^{2,3}. Jarvis² troba que les dones joves de Gran Bretanya (fins a 40 anys) deixen de fumar més que els homes, mentre que en edats mitjanes (50-64 anys) deixen de fumar més els homes, i per sobre dels 65 anys ambdós sexes en deixen per igual. Per a aquest autor el factor explicatiu principal és la història de consum de tabac: a igualtat d'aquesta les dones tenen major probabilitat de deixar-ho. Així, a les cohorts més joves dones i homes han començat a fumar a edats molt semblants i la intensitat de consum és molt similar, però a les cohorts d'edat més avançada hi ha un consum més precoç i més intens en els homes.

Les taxes de cessació (*quit ratio*) crues semblen diferir segons el gènere (més grans en els homes), però quan es fa una anàlisi ajustada per variables, com les citades anteriorment, amb una clara relació amb la cessació, aquestes diferències desapareixen o es minimitzen. Així doncs, moltes vegades es troba que la proporció de parelles no fumadores entre els homes és més gran, que l'entorn familiar és més suportable en homes o que els homes fumadors son més grans, porten més anys fumant i/o tenen més malalties pròpies relacionades amb el tabac⁴.

Alguns estudis han mostrat que no existeixen diferències en el percentatge d'èxits a l'any quan s'ajusta per diferents factors psicosocials, però que sí que n'hi ha en el percentatge d'abstinències mantingudes als tres anys, indicant una major probabilitat de recaigudes a llarg termini en dones³, tal com es veia a l'apartat 5.3.2. del capítol 5.

Les intervencions recomanades actualment per les guies de pràctica clínica basades en l'evidència^{5,6} es segueixen mostrant eficaces tant en homes com en

dones. Tanmateix, aquestes poden enfrontar-se a diferents factors estressants i barreres per la cessació comparades amb els homes. Probablement la més reconeguda sigui una preocupació més gran pel control del pes, però també s'ha descrit una probabilitat de depressió i una presència de factors d'estrès social més altes —tant per privació com per frustració al món laboral—, la influència dels cicles hormonals, etc.^{5,7}. Això suggereix que les dones podrien beneficiar-se de programes que abordessin aquests factors, però hi ha pocs estudis que s'adrecin exclusivament a elles i que hagin provat estratègies per afrontar-los. Així doncs, les recomanacions del *US Public Health Service Report 2000 "Treating Tobacco dependence"* i de la guia de Gran Bretanya afirmen explícitament que els mateixos tractaments per a deixar de fumar poden ser utilitzats tant en homes com en dones, excepte embarassades.

Per altra banda, la gent jove desenvolupa molt ràpidament dependència a la nicotina i molts volen deixar de fumar. No hi ha molta evidència sobre les intervencions efectives per ajudar als joves a deixar de fumar, raó per la qual les guies abans citades recomanen utilitzar les mateixes advertències que per als adults però adaptant els missatges a la seva edat. Així, les motivacions específiques per joves són el control de la seva pròpia vida, l'estètica, l'estalvi de diners, la millor capacitat per fer esport, o solucionar símptomes de malaltia aguda⁸. No hi ha assaigs clínics amb fàrmacs en aquesta edat⁶.

Durant l'embaràs

Fins una quarta part de les dones que fumen abans de quedar embarassades deixen de fumar abans de la seva primera visita prenatal. Usualment aquestes dones fumen menys, es desenvolupen en un entorn menys fumador i amb més suport per deixar de fumar, o tenen unes creences més fortes sobre els perills del tabac⁹. També s'ha relacionat el deixar de fumar a l'inici de l'embaràs amb uns graus d'estrès i símptomes depressius més baixos que els de les dones que continuen fumant, malgrat que part d'aquest efecte desapareix quan s'ajusta pel grau d'addicció i les característiques demogràfiques¹⁰.

La revisió Cochrane⁹ sobre intervencions per promoure la cessació durant l'embaràs ha identificat 44 estudis experimentals realitzats entre 1975 i 1998 sobre més de 17.000 dones, a més d'un assaig aleatori amb altres 3.000 dones. Trenta-quatre d'aquests estudis mostren una reducció significativa del consum de tabac en els grups d'intervenció (*odds ratio* 0,53, interval de confiança del 95% 0,47-0,60), amb una diferència absoluta d'un 6,4% en el percentatge de dones que continuen fumant. Aquests resultats es mantenen estables quan l'anàlisi es limita als vuit estudis que han validat la cessació, tenen una intervenció intensa i una major qualitat metodològica. En el conjunt d'estudis que valoren la repercussió al fetus s'observa una reducció de

la presència de nounats amb baix pes, una reducció de parts prematurs i un increment mig de 28 g en el pes al néixer. No s'han trobat diferències en els nounats amb molt baix pes ni a la mortalitat perinatal. No hi ha diferències significatives a les recaigudes en els cinc estudis que treballen sobre la seva prevenció en dones que havien deixat de fumar abans de la primera visita prenatal⁹.

Les intervencions que s'han utilitzat més habitualment són: informació sobre els riscos de fumar per al fetus i el nen i els beneficis de deixar-ho; recomanacions per deixar de fumar; *feed-back* sobre el fetus; ensinistrament cognitiu-conductual per deixar de fumar. Hi ha molta variació en la intensitat de la intervenció i dels reforços i el seguiment durant l'embaràs. Les intervencions amb sessions grupals addicionals són molt poc acceptades, i per aquest motiu no es recomanen a l'actualitat⁹.

Sembla haver evidència de què l'autodeclaració del consum de tabac no és fiable a les dones embarassades. Malgrat que hi ha molta variació, en alguns estudis entre una quarta i una tercera part de les dones que es declaren no fumadores en realitat ho són. Un estudi mostra que la taxa de decepció baixa quan es canvia el format de la pregunta i s'amplia el nombre de categories de respostes des de "Sí" o "No" a múltiples opcions com "Solia fumar", "He disminuït", etc.¹¹.

En resum, segons afirma la revisió Cochrane, de 100 embarassades que fumin al temps de la seva primera visita prenatal deu deixaran de fumar amb les intervencions habituals, i sis o set més amb programes més formals. La gran majoria de les dones que deixen de fumar durant l'embaràs ho hauran deixat abans de la primera visita, però aquestes tenen una taxa de recaigudes substancial (25% comencen a fumar de nou durant l'embaràs)⁹.

Hi ha evidència de què la nicotina és teratogènica en animals, i per aquest motiu ha estat categoritzada per institucions com la Food and Drug Administration (FDA) dels EUA com de nivell de risc D, és a dir, amb un risc substancial pel fetus.

Malgrat això, generalment s'accepta que fumar és més perillós que la utilització de teràpies substitutives de la nicotina durant l'embaràs, ja que es previndria l'exposició del fetus a d'altres substàncies tòxiques com el monòxid de carboni, etc. Hi ha molt pocs estudis que hi hagin valorat els potencials efectes adversos d'aquests fàrmacs sobre el fetus i la dona embarassada. Ogburn i cols.¹² han mesurat les concentracions de nicotina i cotinina a l'orina i el sèrum de 21 embarassades abans de deixar de fumar, després de deixar de fumar i utilitzant un pegat de nicotina durant quatre dies en una unitat d'hospitalització especial, i al mateix temps han mesurat diversos indicadors de l'estat de salut del fetus. Aquests autors no han trobat evidència d'afectació fetal mentre s'estava administrant el pegat de nicotina: les concentracions de nicotina en sèrum a la fase d'estat (4t dia) eren similars a les obtingudes mentre fumaven o a les de controls històrics (dones no embarassades d'edats similars).

Per altra banda, Hackman¹³, en una fase pilot molt reduïda (solament amb set dones) d'un assaig clínic aleatori sobre l'ús del pegat de nicotina a l'embaràs, troba disminucions importants en les concentracions de cotinina en sèrum i saliva amb l'ús del

pegat. Per garantir al màxim la seguretat del fetus, l'autor recomana la monitorització setmanal d'aquests valors mentre s'utilitzi el pegat, així com l'ús del pegat de 16 hores (ja que així els valors nocturns no poden ser majors que els que es tindrien fumant).

Permanentment

Segons la Biblioteca Cochrane, les intervencions que han mostrat efectivitat per ajudar a la gent a deixar de fumar són el consell breu dels metges, les intervencions estructurades dels professionals d'infermeria, l'assessorament individual i grupal, els materials d'autoajuda (millor personalitzats que genèrics), i la utilització de tractaments de reemplaçament nicotínic. Hi ha evidència basada en escassos assaigs clínics de l'efectivitat del bupropion; pel que fa a la clonidina, la seva utilitat es veu limitada pels efectes adversos. Els ansiolítics i la lobelina són poc efectius, i l'efectivitat de la teràpia aversiva, la mecamilamina, l'acupuntura, l'hipnoteràpia i l'exercici és incerta¹⁴.

Les recomanacions actuals per deixar de fumar tant en homes com en dones es basen en intervencions breus, sistemàtiques i personalitzades per a totes les persones que fumen, una concentració d'esforços en les persones més motivades per a deixar-ho, i la utilització de fàrmacs en moltes ocasions^{5, 6, 15}.

A l'actualitat fumar s'entén com una addicció però també com un procés crònic que necessita un llarg període de temps per ser controlat, en el qual es succeeixen períodes d'abstinència i recaiguda abans de la cessació definitiva i en què moltes vegades es necessiten intervencions repetides⁵. Molt lligada amb aquest concepte està la teoria sobre el procés del canvi de conducta de Prochaska y DiClemente. Per aquests autors, quan una persona deixa de fumar necessita passar per una sèrie d'etapes successives, primer de canvi d'actituds (precontemplació, contemplació) i després de canvi de conductes (acció, manteniment, recaigudes), en un procés cíclic que requereix en moltes ocasions desenvolupar-se diverses vegades abans d'aconseguir l'èxit definitiu. La base de la intervenció és adaptar-se al moment del procés de canvi en què està la persona i fer a les primeres fases intervencions d'escolta activa, informació i motivació i a les posteriors d'ajuda pràctica i suport continu¹⁶.

Aquestes intervencions breus s'han de dur a terme bàsicament des de l'atenció primària, ja que en aquest nivell es pot arribar a una gran part de les persones que fumen. En efecte, més del 70% de la població acudeix per qualsevol motiu al seu centre d'atenció primària almenys una vegada a l'any, i la mitjana de visites anuals és de més de sis per persona, proporcionant una oportunitat clau per al seguiment en el procés de deixar de fumar. A més de l'atenció primària poden intervenir els altres nivells de l'atenció sanitària. La metodologia bàsica d'aquestes intervencions breus es basa en protocols desenvolupats als EUA a finals de la dècada dels vuitanta⁸ i adaptats i proposats posteriorment per les guies de pràctica clínica citades^{5, 6, 17}. Els passos bàsics de les intervencions breus recomanades es veuen a la Taula 6.1.

Taula 6.1.: Passos bàsics per ajudar a deixar de fumar: intervenció breu recomanada per l'US Public Health Service Report 2000⁵.

1. **PREGUNTAR:** Identificar sistemàticament totes les fumadores en cada visita
 - Incloure la valoració del consum de tabac com una més de les constants vitals.
 - Usar etiquetes recordatòries en HCAP de paper, i sistemes d'alarma o recordatori en els programes informatitzats.
2. **ACONSELLAR** a totes les pacients que deixin de fumar: El consell ha de ser:
 - a. Clar: "Com el seu metge/infermera, li aconsello que deixi de fumar i puc ajudar-li".
 - b. Fort: "Deixar de fumar és el millor que pot fer per la seva salut actual i futura. Nosaltres podem ajudar-li".
 - c. Personalitzat: Segons la condició clínica, la història del consum de tabac, la motivació/disponibilitat per al canvi, la història familiar, els interessos personals o els costos socials i econòmics.
3. **VALORAR LA DISPONIBILITAT PER FER UN INTENT DE DEIXAR DE FUMAR** i actuar segons aquesta:
 - Si la pacient és capaç de fer un sol intent → Ajudar.
 - Si la pacient vol ajuda intensiva → Donar-se-la o derivar-la.
 - Si clarament diu que no és capaç de deixar de fumar en aquest moment → Entrevista motivacional.
 - Si és adolescent o embarassada o d'una minoria ètnica → informació addicional.
4. **AJUDAR** a la pacient a deixar de fumar:
 - a. Fixar una data. Ajudar a la pacient a fixar una data a les properes quatre setmanes, reconeixent que mai és el moment ideal.
 - b. Buscar el suport de l'entorn social: família, amics/gues, companys/yes de treball.
 - c. Preveure les dificultats al deixar de fumar, sobretot les primeres setmanes, incloent-hi els símptomes d'abstinència.
 - d. Eliminar tots els productes relacionats amb el tabac de l'entorn habitual. Abans de deixar de fumar, evitar fumar en els llocs on es passa molt de temps (casa, feina, cotxe, etc.).
 - e. Donar consells pràctics sobre com resoldre problemes o ensinistrament d'habilitats: abstinència total, aprofitar experiències anteriors, evitar/afrontar les situacions molt associades al consum de tabac, limitar/evitar el consum d'alcohol mentre s'està deixant, cercar el suport/respecte dels/les altres fumadors/res del seu entorn.
 - f. Donar suport clar des del centre de salut.
 - g. Ajudar a la pacient a obtenir suport social fora del centre de salut: al seu entorn social.
 - h. Recomana ajudes farmacològiques (substituts de la nicotina o/i bupropion): explicar que augmenten la probabilitat d'èxits i redueixen els símptomes d'abstinència, especialment en fumador/es dependents (les que fumen 15 cigarretes o més cada dia, les que fumen la seva primera cigarreta als primers 30 minuts després de llevar-se, i les que han fet intents previs amb recaigudes a les primeres setmanes).
 - i. Proporcionar material d'autoajuda i oferir-se a discutir-lo amb la pacient.
5. **FIXAR** visites de seguiment:
 - a. Fixar una visita de seguiment després de deixar de fumar, idealment dins de la primera setmana i una altra visita durant el primer mes.
 - b. A les visites de seguiment: felicitar; si s'ha fumat, revisar les circumstàncies i aconseguir de nou el compromís de deixar-ho totalment. Recordar a la pacient que una recaiguda deu ser utilitzada com una experiència d'aprenentatge, identificar els problemes que s'han tingut i anticipar els obstacles futurs. Valorar el compliment terapèutic, els efectes adversos i els canvis de dosis. Considerar si es necessita un seguiment més intensiu o una derivació.

A les fumadores i fumadors que no poden deixar de fumar amb aquesta intervenció se'ls deu oferir un tractament més intensiu especialitzat. Aquest tractament pot desenvolupar-se individualment o en grups, i ha de ser realitzat per professionals ensinistrats, independentment de la seva disciplina i d'on treballin (atenció primària o unitats especialitzades). La intervenció inclou aspectes com el reforç de la motivació per deixar de fumar, tècniques per afrontar la necessitat o urgència de fumar, l'ofertament d'ús dels fàrmacs amb eficàcia provada, la prevenció de recaigudes i el suport social, i es desenvolupa en un període al voltant de sis setmanes durant el qual es fan unes quatre o cinc sessions d'intervenció i seguiment als tres mesos i als sis mesos i/o a l'any⁶.

Hi ha un relació dosi-resposta forta entre la intensitat del consell/intervenció i la seva efectivitat⁵. Cada vegada hi ha més evidència de què els fàrmacs poden tenir un paper clau a l'hora de deixar de fumar. Per aquest motiu els experts anglosaxons en el tema, així com les guies citades anteriorment, recomanen que els fàrmacs amb eficàcia provada (substituts de la nicotina i bupropion) deuen estar disponibles i recomanar-se a una gran majoria de les fumadores i fumadors. Totes aquestes intervencions tenen una relació cost-efectivitat molt favorable i molt avantatjosa comparada amb d'altres activitats preventives¹⁸.

Entre els estudis específics per a dones que han publicat els seus resultats darre-rament està el de Marcus i cols.¹⁹, que valora l'eficàcia de l'exercici intensiu per ajudar a les dones a deixar de fumar. Aquests autors troben que aquest tipus d'intervenció conjuntament amb un programa conductual per ajudar a deixar de fumar millora el percentatge de dones que deixen de fumar tant a curt com a llarg termini, millora la capacitat d'exercici i retarda l'increment de pes. La principal dificultat és la petita capacitat de generalització d'aquest tipus d'intervenció: de les 1.647 dones que els autors van valorar per entrar a l'estudi, solament 281 (17,1%) van arribar a la fase d'aleatorització; la resta no eren elegibles o no van voler participar.

El tema de l'augment de pes encara no està resolt, i malgrat que es segueix recomanant generalitzadament no fer dieta al mateix temps de deixar de fumar, la utilització de substituts de nicotina o bupropion pot retardar l'increment de pes i ajudar a les persones que valoren molt l'aspecte estètic. Per altra banda, alguns autors com Danielsson²⁰ han provat estratègies diferents. Així, aquest investigador proposa afegir una dieta intermitent molt baixa en calories al tractament conductual i el xiclet de nicotina per ajudar a deixar de fumar a dones sanes que havien fet intents anteriors de deixar de fumar i havien recaigut a causa de l'increment de pes. Després d'un any el 28% de les dones del grup d'intervenció es mantenia sense fumar enfront a un 16% del grup control. Malgrat els bons resultats d'aquest estudi, és important tenir en compte que es tractava d'un grup molt seleccionat de persones que tenien una motivació molt específica.

Un altre aspecte amb característiques diferencials és el paper exemplar de les dones com a mares. Diversos estudis han intentat influenciar la conducta de les

mares a través de la seva repercussió a la salut dels fills. Howell i cols.²¹ van aconseguir disminuir de forma significativa l'exposició al fum de tabac ambiental en fills de mares fumadores que havien rebut set sessions d'assessorament conductual individual en tres mesos. Pel contrari, una intervenció breu adreçada a pares i mares de nens asmàtics que tenia el doble objectiu de què els pares deixessin de fumar al mateix temps que disminuïa l'exposició dels nens, no va aconseguir cap dels dos objectius²².

També s'han desenvolupat experiències comunitàries adreçades específicament a dones. Secker-Walker²³ i el seu grup van realitzar una intervenció multifactorial en dues comunitats dels EUA entre 1989 i 1994 que implicava els membres de la comunitat tant en la planificació com en la realització de les intervencions proposades. Aquestes es centraven en dones de baix nivell social i en edat gestacional. Inclouen suport telefònic per part de voluntàries ensinistrades, intervencions grupals, realització i distribució d'un vídeo, classes gratuïtes per ajudar a deixar de fumar, materials d'autoajuda, intervencions als centres sanitaris, a les escoles i als llocs de treball, etc. Amb aquest ample ventall d'intervencions van aconseguir taxes de cessació als cinc anys més grans que en dos comunitats control (25,4% *versus* 21,4%, $p=0.02$). Aquestes taxes eren significativament més altes entre les dones més joves, de menor nivell adquisitiu i que fumaven més.

6.2. Polítiques de prevenció i control

En línies generals, les polítiques de prevenció i control del tabaquisme tenen com a objectiu el conjunt de la població, sense diferenciació de gènere. Tanmateix, con veurem al llarg del capítol, hom pot identificar algunes característiques específiques en l'aplicació de les esmentades polítiques en el cas de la dona²⁴.

Tota política de prevenció i control del tabaquisme té com a objectius fonamentals²⁵:

- Encoratjar els no fumadors a mantenir-se abstinentes i prevenir la seva iniciació a l'hàbit tabàquic, especialment en el cas dels adolescents i joves.
- Estimular l'abandonament de l'hàbit tabàquic per part dels fumadors, tot oferint-los l'ajut necessari per a la cessació.
- Protegir els no fumadors de l'exposició passiva ("fumadors passius") als efectes del fum del tabac ambiental.

A tots aquests objectius es pot afegir el d'aconseguir una modificació del clima social que considera l'hàbit de fumar com un signe de prestigi i distinció, tot introduint la visió realista de què el tabac és no solament innecessari sinó, a

més, perillós per a la salut. Respecte a aquest punt, la situació a Catalunya és realment encoratjadora, segons es pot veure a l'apartat 6.3., atès que una majoria de la població catalana donaria suport a les mesures per a un control més restrictiu del tabaquisme.

Tots aquests objectius es poden aconseguir aplicant diverses estratègies, enmarcades en el conjunt d'iniciatives que els governs han de dur a terme en compliment de la seva responsabilitat ètica de posar en pràctica una política favorable per a la salut dels ciutadans²⁶.

Aquestes estratègies són molt diverses i són aplicades des de fa molts anys amb resultats molt desiguals, en funció de la seva intensitat d'aplicació, de les característiques de l'entorn en què s'apliquen, de la seva persistència en el temps, etc.²⁷. Globalment, hom pot considerar que van dirigides a disminuir l'oferta de productes de tabac i limitar la seva demanda²⁸.

Disminució de l'oferta de productes de tabac

La disminució de l'oferta es pot aconseguir mitjançant un conjunt de mesures, algunes de les quals, ara com ara, no deixen de ser molt difícils d'implementar i, en alguns casos, controvertides²⁹. Aquestes mesures són, fonamentalment:

- a) Prohibició total del tabac: òbviament, es tracta d'una mesura de molt difícil aplicació en els moments actuals i que compta amb moltes veus d'experts en contra per raons socials, polítiques i econòmiques.
- b) Substitució del cultiu de tabac als països productors: en la mateixa línia de l'aspecte anterior i per raons semblants, ara com ara és molt difícil posar en pràctica mesures d'aquest tipus i, altrament, algunes experiències, com la de Zimbabwe, no han tingut tant èxit com s'esperava.
- c) Limitació o anul·lació de les subvencions a la producció de tabac: tot i la possibilitat raonable d'introduir mesures d'aquesta naturalesa, en el context comercial internacional actual resulta molt difícil pensar que es puguin aplicar a la pràctica de manera immediata.
- d) Restriccions comercials internacionals: hom pot fer el mateix raonament que al punt anterior.
- e) Actuació decidida contra el contraban: de fet, són molts els països que intervenen activament contra el contraban de tabac; tanmateix, les dificultats són enormes i els resultats no gaire encoratjadors.
- f) Regulació de la venda de productes de tabac per part de les autoritats sanitàries: aquesta iniciativa, que proposava regular la venda de productes de tabac per la FDA, fou debatuda als EUA³⁰ però no va reeixir. D'altra banda, fins ara als països europeus no s'ha dut a terme decididament.

- g) Restriccions a la venda de tabac als joves: aquestes mesures s'apliquen des de fa anys a molts països, amb uns resultats molt desiguals en funció dels diversos factors que intervenen³¹. Tanmateix, algunes intervencions integrades, com ara les dels estats de Massachusetts³² i Florida³³ als EUA, entre altres, són clarament positives i encoratjadores.

De fet, aquestes mesures són unes de les que més camp d'actuació ofereixen a molts països³⁴ i, també, a Catalunya, on la regulació més estricta dels punts de venda i, molt especialment, de les màquines de venda automàtica de cigarretes és un pas que cal donar amb urgència. La influència d'aquestes mesures sobre el tabaquisme femení és especialment rellevant, en funció de l'inici del consum de les noies joves-adolescents a edats cada cop més precoces, com s'ha vist a l'apartat 5.1.1. del capítol 5.

Limitació de la demanda de productes de tabac

Les mesures que s'apliquen són molt nombroses i, bàsicament, consisteixen en^{25, 28, 35-38}:

- a) Posar en pràctica programes d'educació sanitària per a la població i, molt especialment, programes educatius a l'escola.
- b) Estimular l'abandonament de l'hàbit tabàquic dels fumadors, tot oferint-los programes d'ajut per a la cessació i emprant tots els recursos actualment disponibles. En el cas de la dona, com s'ha vist a l'apartat 5.3. del capítol 5, cal emfasitzar les característiques pròpies i adaptar-ne els programes de cessació.
- c) Restringir la publicitat directa i indirecta, molt especialment la que va dirigida als joves i a les dones joves. En aquest mateix sentit, cal restringir decididament el patrocini comercial per part de les companyies tabaqueres, amb especial cura de les activitats esportives dirigides als joves.
- d) Regular estrictament els advertiments sobre els perills de l'hàbit de fumar als productes de tabac. Cal posar l'èmfasi en els perills específics per a la dona fumadora, molt especialment l'embarassada, i procurar que apareguin degudament en els productes de tabac.
- e) Regular els continguts de substàncies nocives i l'anotació clara als productes de tabac. En aquest sentit, cal actuar decididament sobre l'ús dels conceptes *light* o *mild*, destinats a donar una falsa seguretat al consumidor, molt especialment a les dones fumadores.
- f) Regular estrictament els espais lliures de fum i els drets dels no fumadors. En el cas de la dona, té un especial interès la regulació dels espais lliures

- de fum a les empreses, en funció de la incorporació cada cop més intensiva de la dona al món laboral, molt especialment al sector serveis.
- g) Aplicar una política intensiva de preus i taxes amb l'objectiu de dificultar l'accés a l'hàbit dels joves. Les experiències són relativament encoratjadores i han demostrat uns efectes significatius sobre el consum, particularment entre els joves, que són els que més positivament responen a l'augment de preus del producte^{28, 38-42}. En aquest punt cal remarcar la importància de què els ingressos procedents del tabac (via impostos o processos de litigació) reverteixin majoritàriament sobre la recerca relacionada amb les conseqüències sanitàries de l'hàbit tabàquic⁴³ o bé sobre l'assistència dels fumadors⁴⁴, extraordinàriament costosa per als serveis sanitaris públics.
 - h) Destinar els recursos humans, estructurals i econòmics necessaris per a la implementació efectiva i la monitorització de les estratègies abans esmentades en el marc general d'una política de prevenció i control del tabaquisme, amb especial èmfasi en el tabaquisme femení.
 - i) Promoure iniciatives d'associacionisme per a impulsar l'aprovació i l'aplicació d'una política de prevenció i control del tabaquisme femení. A Catalunya, aquesta estratègia és especialment rellevant, atès el teixit social creixent d'associacionisme femení i les possibilitats de connexió internacional existents.

En general, hom pot afirmar que les estratègies per a la limitació de la demanda (consum) de productes de tabac són més aplicables que les que van destinades a restringir l'oferta, i que la seva implementació efectiva es tradueix en resultats positius si s'apliquen amb intensitat i continuïtat. Cal, però, no amagar que en la lluita contra el tabaquisme encara ens resta un llarg camí per a recórrer i que, en el cas del tabaquisme femení, cal que fem esforços addicionals per a evitar l'inici en l'hàbit tabàquic de les dones joves, el veritable repte actual a Catalunya.

6.3. Acceptabilitat social

Les enquestes que recullen informació sobre les opinions de la població amb relació a les polítiques públiques de control del tabaquisme són essencials per poder conèixer el grau de recolzament públic que tindran en cas de ser implementades.

Tal com ha passat a la resta dels països desenvolupats, a Catalunya l'acceptabilitat de la població envers qualsevol política antitabac ha anat augmentant gradualment, encara que amb la lentitud pròpia dels països del sud d'Europa. Així, entre 1990 i 1998 s'ha produït un augment del percentatge de població

enquestada que diu estar d'acord, o molt d'acord, amb certes estratègies que podrien formar part d'una política de control del tabaquisme global (Fig. 6.1.).

Dues de les estratègies que tenen més acceptabilitat per part de la població catalana són la de fer respectar les normes i disposicions que hi ha sobre el tabac en els llocs públics (un 97,5% dels catalans estarien d'acord amb aquesta mesura), i la de tenir el dret de respirar un aire sense fum de tabac (un 94,4% dels catalans estarien a favor d'aquesta mesura). Entre 1990 i 1998 les accions que han mostrat un major canvi d'opinió han estat les relatives a l'increment del preu del tabac i les relacionades amb el fet de no fumar per part dels professionals sanitaris i docents i famílies.

Si el 1990 un 32,1% dels catalans opinava que el preu del tabac s'hauria d'incrementar molt més, el 1998 ho feia el 46,7%. Durant el mateix període, la proporció de catalans que pensava que els professionals sanitaris haurien de donar un bon exemple i no fumar va augmentar 15,3 punts, passant d'un 61,0% l'any 1990 a un 76,3% l'any 1998. En el cas dels professionals docents i

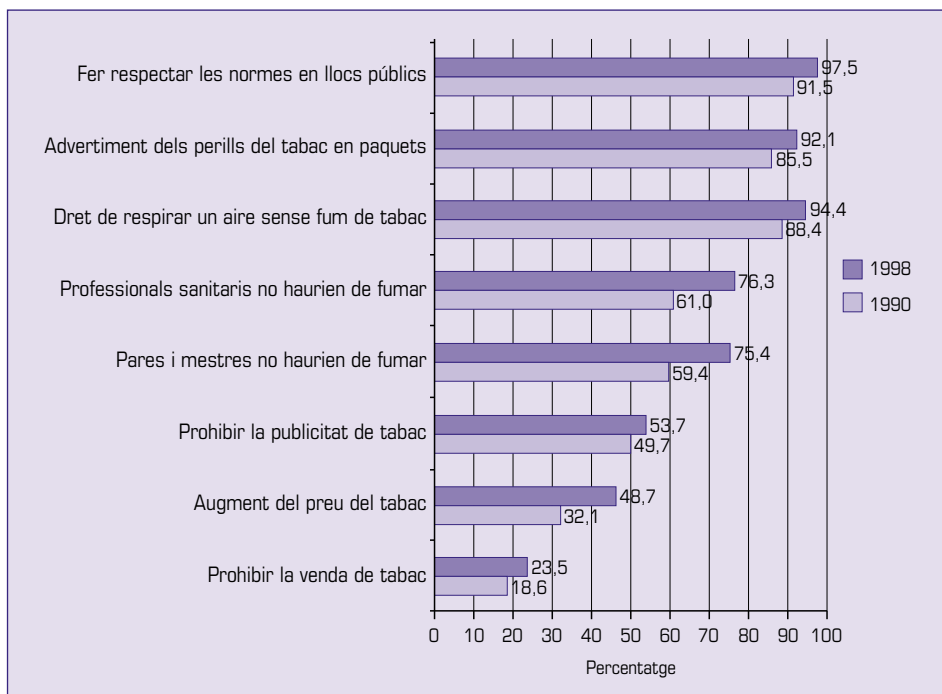


Fig. 6.1.: Població d'acord amb certes estratègies de control del tabaquisme (Catalunya, 1990 i 1998) (Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1990, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya).

de la família, el 59,4% de la població catalana opinava, l'any 1990, que els mestres i els pares haurien de donar exemple i no fumar, mentre que l'any 1998 ho feia el 75,4%.

Una proporció significativament més gran de dones que d'homes dona suport a les estratègies més importants de control del tabaquisme, suggerint que, en general, la població femenina és més partidària d'una política de control del tabaquisme global, completa i aplicada amb rigor (Fig. 6.2.). Així, les diferències de gènere més grans les trobem en l'augment del preu i la prohibició de màquines expenedores de tabac, encara que en aquest darrer cas l'acceptabilitat social no arriba al 50% en ambdós sexes.

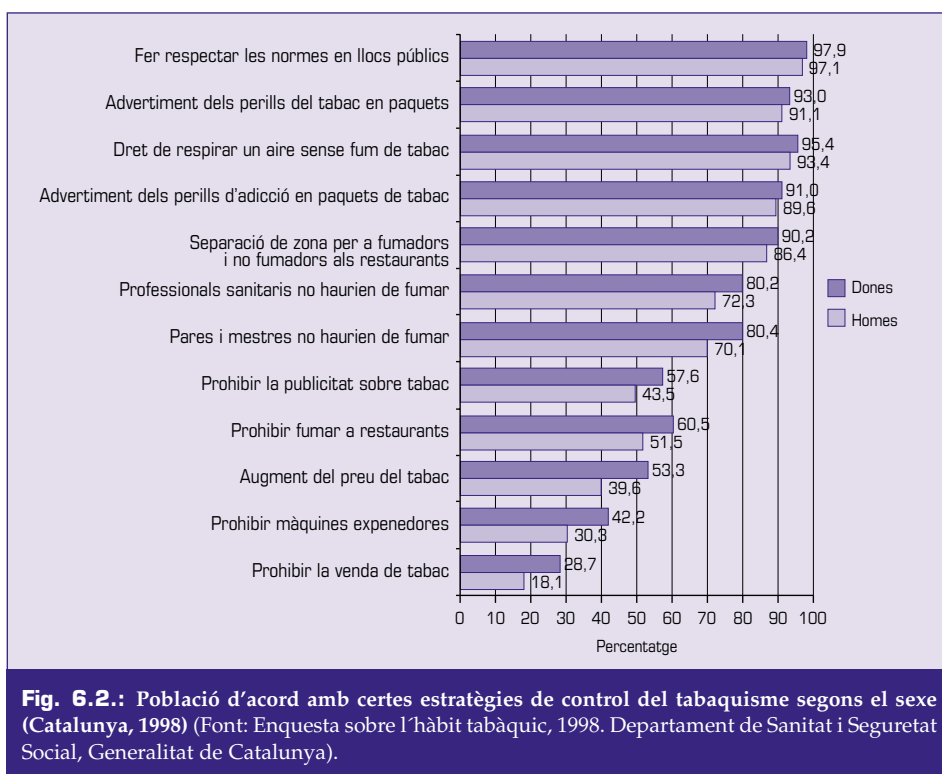


Fig. 6.2.: Població d'acord amb certes estratègies de control del tabaquisme segons el sexe (Catalunya, 1998) (Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya).

Les diferències de gènere es manifesten també, de forma significativa, en l'opinió sobre la publicitat del tabac (Taula 6.2.). El 1998, el 60,8% de les dones pensava que la publicitat de la indústria tabaquera era negativa o molt negativa, mentre que el mateix any només ho feia el 50,2% dels homes. Tanmateix, cal destacar que un 35,0% de les dones segueix pensant que la promoció del

consum de tabac mitjançant la publicitat és indiferent respecte al comportament tabàquic.

Taula 6.2.: Opinió sobre la publicitat del tabac segons el sexe (Catalunya, 1998).

	Dones		Homes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Molt positiva	6	0,4	9	0,6	15	0,5
Positiva	58	3,7	81	5,6	139	4,6
Indiferent	542	35,0	630	43,5	1172	39,1
Negativa	515	33,2	456	31,4	971	32,4
Molt negativa	428	27,6	273	18,8	701	23,3
No sap/no respon	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Total	1550	100,0	1450	100,0	3000	100,0

Font: Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, 1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

En general, la població catalana dóna suport a una política global de control del tabaquisme. En aquest sentit, sembla que les dones estan més sensibilitzades i són més partidàries de la implementació d'accions legislatives i fiscals en la lluita antitabac. No obstant això, l'any 1998 un 66,6% dels homes i un 76,6% de les dones enquestades afirmaven desconèixer l'existència de la llei reguladora de la publicitat, venda i consum de tabac a Catalunya⁴⁵.

L'existència d'un entorn que progressivament identifiqui l'estil de vida saludable natural al del no fumador i tendeixi a ser més actiu en el suport a l'aprovació i aplicació de normes restrictives en relació al consum i promoció dels productes de tabac, és fonamental per a garantir la viabilitat i eficàcia d'aquelles^{46, 47}. L'acceptabilitat social creixent respecte a la lluita antitabac que s'està donant a Catalunya en aquests moments, tot i ser insuficient, és un bon estímul per a la implementació d'accions que formin part d'una política global de control del tabaquisme progressivament més restrictiva.

PUNTS CLAU

- Els mateixos tractaments per deixar de fumar poden ser utilitzats tant en homes com en dones, excepte embarassades.
- Les dones podrien beneficiar-se, a més, de programes que abordessin factors com el control del pes i el maneig de l'estrès i la depressió.
- Les polítiques públiques per la prevenció i control del tabaquisme inclouen bàsicament les estratègies per reduir l'oferta del tabac i les destinades a limitar la seva demanda o consum.
- Les estratègies per a la limitació de la demanda de productes de tabac són més aplicables que les que van destinades a restringir l'oferta. La seva implementació intensa i continuada es tradueix en resultats positius.
- A Catalunya la tendència actual mostra una acceptabilitat social creixent a les estratègies antitabac, que afavoriria la implementació progressiva d'una política global de control del tabaquisme.

BIBLIOGRAFIA

1. Osler, M., Prescott, E. *Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: A longitudinal study of Finnish adults*. *Tobacco Control* 1998; 7: 262-267.
2. Jarvis, M. *Gender differences in smoking cessation: Real or myth?* *Tobacco Control* 1994; 3: 324-328.
3. Bjornson, W., Rand, C., Connett, J., Lindgren, P., Nides, M., Pope, F. i cols. *Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study*. *Am J Public Health* 1995; 85: 223-230.
4. Clarke, V., White, V., Beckwith, J., Borland, R., Hill, D. *Are attitudes towards smoking different for males and females*. *Tobacco Control* 1993; 201-208.
5. *A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report*. *JAMA* 2000; 283: 3244-3254.
6. Raw, M., McNeill, A., West, R. *Smoking cessation guidelines for health professionals*. *Thorax* 1998; 53(Suppl. 5 [1]): S1-19.
7. Batten, L. *Respecting sameness and difference: Taking account of gender in research on smoking*. *Tobacco Control* 1993; 185-186.
8. Glynn, T.J., Manley, M.W. *How to help your patients stop smoking: The National Cancer Institute Manual for physicians*. National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD, 1989.
9. Lumley, J., Oliver, S., Waters, E. *Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review)*. A: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
10. Ludman, E.J., McBride, C.M., Nelson, J.C., Curry, S.J., Grothaus, L.C., Lando, H.A. i cols. *Stress, depressive symptoms, and smoking cessation among pregnant women*. *Health Psychol* 2000; 19: 21-27.
11. Mullen, P.D., Carbonari, J.P., Tabak, E.R., Glenday, M.C. *Improving disclosure of smoking by pregnant women*. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 409-413.
12. Ogburn, P.L., Hurt, R.D., Croghan, I.T., Schroeder, D.R., Ramin, K.D., Offord, K.P. i cols. *Nicotine patch use in pregnant smokers: Nicotine and cotinine levels and fetal effects*. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 736-743.
13. Hackman, R., Kapur, B., Koren, G. *Use of the nicotine patch by pregnant women*. *N Engl J Med* 1999; 341: 1700.
14. Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., Sowden, A. pel Cochrane Tobacco Addiction Review Group. *Effectiveness of interventions to help people stop smoking: Findings from the Cochrane Library*. *Br Med J* 2000; 321: 355-358.
15. Coleman, T., Lakhani, M., Wilson, A. *Managing smoking cessation*. *Br Med J* 1999; 318: 138-139.
16. Raw, M. *Smoking module*. A: Helping people change. Health Education Authority, London 1993.

17. Raw, M., McNeill, A., West, R. *Smoking cessation: Evidence based recommendations for the healthcare system*. Br Med J 1999; 318: 182-185.
18. Parrot, S., Godfrey, C., Raw, M., West, R., McNeill, A. *A guidance for comissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions*. Thorax 1998; 53 (Suppl. 5[2]): S1-38.
19. Marcus, B., Albrecht, A., King, T., Parisi, A., Pinto, B., Roberts, M. i cols. *The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women*. Arch Intern Med 1999; 159: 1229-1234.
20. Danielsson, T., Rössner, S., Westin, Å. *Open randomised trial of intermittent very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit*. Br Med J 1999; 319: 490-494.
21. Howell, M.F., Zakarian, J.M., Matt, G.E., Hofstetter, R., Bernert, J.T., Pirkle, J. *Effect of counselling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: Randomised controlled trial*. Br Med J 2000; 321: 337-342.
22. Irvine, L., Crombie, I.K., Clark, R.A., Slane, P.W., Feyerabend, C., Goodman, K.E. i cols. *Advising parents of asthmatic children on passive smoking: Randomised controlled trial*. Br Med J 1999; 318: 1456-1459.
23. Secker-Walker, R.H., Flynn, B.S., Solomon, L.J., Skelly, J.M., Dorwaldt, A.L., Ashikaga, T. *Helping women quit smoking: Results of a community intervention program*. Am J Public Health 2000; 90: 940-946.
24. World Health Organisation. *Women and tobacco*. World Health Organization, Geneva 1992.
25. World Health Organisation. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. World Health Organization, Geneva 1998.
26. Roemer, R. *Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo*. 2ª edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1995.
27. US Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. CDC Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, 2000.
28. *Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control*. A World Bank Publication, Washington, DC, 1999.
29. Jha, P., Chaloupka, F.J. *The economics of global tobacco control*. Br Med J 2000; 321: 358-361.
30. Slade, J., Henningfield, J.E. *Tobacco product regulation: Context and issues*. A: The Conference on Tobacco Dependence: Innovative regulatory approaches to reduce death and disease. Food and Drug Law Journal 1998; 53(Suppl.): S43-S74.
31. Clark, P.L., Natanblutt, S.L., Schmitt, C.L., Wolters, C., Iachan, R. *Factors associated with tobacco sales to minors*. JAMA 2000; 284: 729-734.
32. Rigotti, N.A., DiFranza, J.R., Chang, Y., Tisdale, T., Kemp, B., Singer, D.E. *The effect of enforcing tobacco-sales laws on adolescents' access to tobacco and smoking behavior*. N Engl J Med 1997; 337: 1044-1051.

33. Bauer, U.E., Johnson, T.M., Hopkins, R.S., Brooks, R.G. *Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program.* JAMA 2000; 284: 723-728.
34. Pardell, H., Roure, E., Saltó, E., Tresserras, R. (Eds.). *Analysis of tobacco policies in CINDI-CARMEN countries. Report to the World Health Organization.* Department of Health and Social Security, Autonomous Government of Catalonia, Barcelona 2000 (unedited).
35. Gray, N., Daube, M. (Eds.). *Guidelines for smoking control.* 2ona ed. International Union Against Cancer, Geneva 1980.
36. Tobacco free. *Third action plan for a tobacco free Europe 1997-2001.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1997.
37. Anderson, P., Hughes, J.R. *Policy interventions to reduce the harm from smoking.* Addiction 2000; 95(Suppl. 1): S9-S11.
38. Ernster, V., Kaufman, N., Nichter, M., Samet, J., Yoon, S.Y. *Women and tobacco: Moving from policy to action.* Bull WHO 2000; 78: 891-901.
39. Chaloupka, F.J., Wechsler, H. *Price, tobacco control policies and smoking among young adults.* J Health Economics 1997; 16: 359-373.
40. Grossman, M., Chaloupka, F.J. *Cigarette taxes. The straw to break the Camel's back.* Pub Health Rep 1997; 112; 291-297.
41. Towsend, J. *The role of taxation policy in tobacco control.* A: Abedian, I, van der Merwe, R., Wilkins, N., Jha, P. (Eds.). *The economics of tobacco control. Towards an optimal policy mix.* University of Cape Town, Cape Town 1998; 129-143.
42. *Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians.* Royal College of Physicians, London 2000.
43. Marshall, E. *A new link between tobacco and cancer.* Science 1998; 279: 796.
44. Houston, T., Kaufman, N.J. *Tobacco control in the 21st. century.* JAMA 2000; 284: 752-753.
45. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Enquesta sobre l'hàbit tabàquic a Catalunya, 1998* (Inèdit).
46. Kunze, M. *Smoke-free Europe in the year 2000: Nongovernmental action (smoking cessation treatment).* Lung 1990; 168: 433-436.
47. Pardell, H., Saltó, E., Jané, M., Salleras, Ll. *Cómo luchar contra la epidemia tabáquica en nuestros días.* Med Clin (Barc) 2001; 116: 60-62.

7. Recomanacions

Atès que a Catalunya, com als països de la Unió Europea i de la resta del món, el problema del tabaquisme a la dona esdevé molt preocupant, bàsicament perquè les dones cada cop fumen més i les que s'incorporen a l'hàbit són especialment les més joves, en línia amb les declaracions dels diversos organismes internacionals hom recomana que la política de prevenció i control del tabaquisme del Govern de la Generalitat tingui en compte els aspectes específics de gènere que es detallen a continuació:

- Que es continuï monitorant regularment la tendència de l'hàbit tabàquic a Catalunya, dedicant especial interès a l'evolució en la dona, particularment en les edats joves.
- Que progressivament s'afavoreixi la incorporació d'una perspectiva de gènere en tots els estudis epidemiològics que es duguin a terme.
- Que s'estimuli la realització d'estudis socioepidemiològics dedicats al millor coneixement dels motius d'iniciació i les característiques de l'hàbit tabàquic de la dona.
- Que es duguin a terme campanyes poblacionals informatives i educatives, on es posi l'èmfasi en els riscos específics del tabaquisme per a la dona en general i també per a la dona embarassada.
- Que es fomenti la difusió de missatges informatius i educatius en els quals es posi l'èmfasi en el paper clau de la dona-mare com a personatge exemplar per als fills.
- Que es promogui la recerca sobre la possibilitat d'inclusió de programes específics de gènere en l'àmbit escolar, als quals també es tracti la problemàtica del tabaquisme femení.
- Que es fomenti l'aplicació d'estratègies de cessació tabàquica específiques per a la dona, tenint en compte les característiques de l'hàbit tabàquic femení, de manera especial per a la dona embarassada.
- Que s'aprofundeixi en l'aplicació de la legislació existent pel que fa a la regulació de la publicitat dels productes de tabac, molt especialment en l'ús de

conceptes enganyosos com *light* o *mild*, que van adreçats prioritàriament al foment del consum femení.

- Que, en aquest mateix sentit, es limiti la utilització de la dona com a reclam publicitari principal.
- Que s'intensifiqui l'aplicació de la legislació vigent sobre protecció dels drets del no fumador o fumador passiu, atès que la dona i el nen constitueixen col·lectius especialment vulnerables en aquest sentit.
- Que s'intensifiqui l'aplicació de la legislació vigent sobre espais sense fum al medi laboral, molt especialment al sector terciari, atès que la dona constitueix una força laboral creixent en aquest sector productiu.
- Que en les modificacions legislatives previstes es tinguin en compte els aspectes específics de prevenció i control de l'hàbit tabàquic femení.
- Que s'estimuli la capacitat d'influència de la dona en sectors com l'ensenyament i la sanitat, en els quals representa la força de treball més important i ocupa cada cop més llocs de comandament i responsabilitat, per a la implementació d'iniciatives tendents a la prevenció i control del tabaquisme en el marc de la legislació vigent.
- Que s'aprofiti adequadament la presència de la dona en les associacions de mares i pares dels centres escolars per a la implementació d'iniciatives tendents a la prevenció i control del tabaquisme en la població escolar, en el marc de la legislació vigent.
- Que s'aprofiti adequadament la presència cada cop més important de la dona en la política i l'administració per a promoure una legislació més restrictiva i una aplicació més eficaç de les regulacions existents.
- Que es potenciï la coordinació de totes les institucions catalanes relacionades amb la dona, per a fomentar l'aplicació de la legislació vigent i la implementació d'iniciatives orientades a la prevenció i control del tabaquisme femení.
- Que es potenciï la connexió amb les xarxes estatals i internacionals que treballen en l'àmbit de la prevenció i control del tabaquisme femení.

Totes aquestes recomanacions fan referència als aspectes específics del tabaquisme femení. Tanmateix, cal remarcar que s'han d'inserir en un marc general de lluita decidida contra el tabaquisme en general, que tendeixi a la consecució d'un clima social cada cop més favorable a un ambient natural lliure de fum.

