

GÉNERO Y DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

JUSTIFICACIÓN

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

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

Los patrones de consumo de tabaco están cambiando respecto al sexo: se ha producido una incorporación importante de las mujeres al hábito tabáquico. En España, entre 1978 y 1992, se observó un descenso del porcentaje de hombres fumadores, pero la incidencia entre mujeres aumentó desde el 17% al 21,4%.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en su Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, considera su primer objetivo situar la prevalencia de personas exfumadoras por encima del 23%. En el avance de resultados junio 2006-enero 2007 (de la Encuesta Nacional de Salud de España, el objetivo del Ministerio de Sanidad y Consumo de situar la prevalencia de personas exfumadoras por encima del 23% está conseguido en los hombres con un 29,14%, pero queda lejos en el caso de las mujeres, cuyo porcentaje de exfumadoras es del 13,49%.

En la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias se puede observar en el año 1999 que la prevalencia de mujeres que fuman a diario está muy próxima a la que presentan los hombres (37% y 40% respectivamente).

Utilizando datos de la Encuesta de Salud para Asturias del año 2002, por sexo, en el conjunto de la muestra fuman más hombres que mujeres (37% y 28% respectivamente). En relación a la proporción de hombres exfumadores es más de dos veces la de las mujeres (23,8% hombres exfumadores y 9,6% mujeres exfumadoras). Otras investigaciones aportan que la morbilidad y la mortalidad de fumar cigarrillos está subiendo en mujeres.

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

Según Becoña² hay evidencias de que existen diferencias en algunos factores fisiológicos, psicológicos y conductuales entre las fumadoras y los fumadores, si bien no está claro si estas diferencias influyen en la capacidad de dejar de fumar o permanecer abstinentes. Aunque la investigación sugiere que las mujeres logran los mismos beneficios que los hombres de las intervenciones para dejar de fumar, las mujeres pueden tener que afrontar otro tipo de obstáculos y barreras para dejar de fumar que se deben tener en cuenta durante el tratamiento. Esto incluye, fundamentalmente, la depresión, el apoyo social y el miedo a ganar peso. Las necesidades de las mujeres y la respuesta al tratamiento con sustitutivos de nicotina puede ser diferente a la de los hombres.

Nerin y colb.³ en un estudio de los años 2000 y 2001, apunta que las mujeres tratadas para dejar de fumar en un programa de deshabituación tabáquica con características específicas de género obtienen mayor tasa de éxito a corto o medio plazo que las tratadas dentro de programas no específicos. Se ha podido identificar en este estudio como factores pronóstico de éxito: la convivencia con una pareja no fumadora, el nivel de formación, la dependencia de la nicotina y la existencia de intentos previos de cesación. Además, han identificado como factores determinantes de la recaída la situación social, el estrés y la sensación de control sobre el consumo. Las mujeres -o determinados grupos de ellas- pueden requerir un abordaje más específico que tenga en cuenta sus necesidades y expectativas diferenciadas.

El análisis desde el punto de vista del género ayuda a comprender las relaciones entre sociedad y salud porque, por un lado dependen de una base biológica que tiene características diferentes para mujeres y hombres y, por otro, del contexto social en el cual nos desenvolvemos.

Desde hace varios años se están realizando intervenciones relacionadas con la deshabituación tabáquica y queremos conocer si existen diferencias relacionadas con el género que nos sugieran introducir dicho enfoque en las intervenciones realizadas.

Por la magnitud del problema, la morbilidad y mortalidad que produce y las dificultades que parecen encontrar las mu-

eres para abandonar el tabaco, esta investigación pretende tener en todo momento una perspectiva de género al realizar esta investigación cualitativa sobre el hábito tabáquico de hombres y mujeres participantes en las intervenciones realizadas en los centros de salud. Este estudio de investigación ayudará a conocer mejor el problema desde una perspectiva de género y, en caso necesario, valorar la inclusión de una perspectiva de género en nuestras intervenciones como profesionales de la salud.

Este estudio de investigación ayudará a conocer mejor el problema desde una perspectiva de género y, en caso necesario, valorar la inclusión de una perspectiva de género en nuestras intervenciones como profesionales de la salud.

OBJETIVOS:

1. Identificar factores que influyen en el proceso de deshabituación tabáquica de las personas que participan en las intervenciones individuales y grupales de apoyo y seguimiento a la deshabituación realizadas en los centros de salud del Área III desde un enfoque de género
2. Describir el perfil de las personas que no consiguen mantenerse sin fumar
3. Análisis e interpretación de sus discursos

METODOLOGÍA:

Diseño: cualitativo

Temporalización: 2008

Entrada en el campo: enfermera de apoyo y seguimiento telefónico de las personas que participan en la investigación en su proceso de deshabituación y búsqueda activa de participantes en dichas intervenciones. Esta búsqueda se realizó a través del programa informático OMI-AP, con el objetivo de encontrar personas que puedan aportar un discurso que aporte diversidad de matices socio-estructurales, incluyendo hombres y mujeres, de zona urbana y rural y de diferentes edades, con trabajo productivo y reproductivo y personas sin este tipo de trabajo, es decir, que estén reflejados posibles factores influyentes como el trabajo productivo y el reproductivo.

Dicha entrada estuvo facilitada y autorizada por la Gerencia, el profesional de salud y las personas participantes en dichas intervenciones. Se presentó el proyecto al personal de salud.

Se citó a las personas para la primera entrevista en un centro de salud.

Se realizó seguimiento telefónico durante el año que duró el proyecto.

También se pasó una encuesta al personal de salud y a expertos en tabaquismo para conocer su opinión sobre el tema.

Técnicas de investigación cualitativas utilizadas: observación participante, entrevistas abiertas y cerradas y grupo de discusión.

Población a estudio: personas fumadoras o exfumadoras que en algún momento participaron en las intervenciones individuales y grupales, de apoyo y seguimiento a la deshabituación tabáquica, que se llevan a cabo en los centros de atención primaria del Área Sanitaria III en Asturias, y que previo consentimiento aceptaron colaborar en esta investigación.

Muestreo: estructural, buscando aquellas personas que aportan un discurso que permita, con rigor metodológico, realizar la representación de la diversidad de matices socio-estructurales del sujeto de estudio.

Registro de los datos: dos dimensiones; una global, mediante atención flotante, relatos, lenguaje no verbal, registro audiovisual e historia oral sobre la comunidad, y otra específica, mediante la focalización, realizando entrevistas, encuestas y grupos de discusión. Se registraron utilizando diario de campo, cámara de video, grabadora, ordenador y máquina fotográfica.

Autorizaciones solicitadas: mujeres y hombres participantes tanto en los grupos de discusión como en las entrevistas individuales.

Las personas informantes: el personal sanitario, expertos en tabaquismo y los hombres y mujeres que participan en las intervenciones.

Organización de la información: se utilizó programa de ordenador tipo Office para analizar y categorizar los discursos recogidos y las observaciones del diario de campo y los registros audiovisuales. Estadística básica para analizar variables cuantitativas.

Perfiles buscados: se intentó hacer visible lo que los estudios con diseño cuantitativo no deja ver, es decir, su cultura, sus representaciones sociales, sus ideaciones colectivas y su pertenencia a

un grupo con el que se sienten identificadas y aceptadas, que les permite adaptarse y aceptar o no su hábito tabáquico.

Las variables utilizadas: demográficas, económicas, sociales y elementos que conforman sus creencias sobre su hábito tabáquico.

Perfiles investigados: demográfico, social, económico y perfil de sus creencias. Perfil demográfico: procedencia (zona rural o urbana), movimientos migratorios realizadas, estado civil, edad, composición del grupo doméstico, lugar de nacimiento. Perfil económico y laboral: nivel de renta, grupo profesional al que pertenece o ha pertenecido, trabajo productivo realizado, su relación con la propiedad, su trabajo reproductivo. Perfil del grupo y sus redes sociales: sus relaciones familiares, con la vecindad, situaciones de marginalidad, sus relaciones con el sistema sanitario, relaciones con asociaciones y agrupaciones. Perfil creencias: el catálogo de sus discursos sobre su hábito tabáquico visualiza sentimientos positivos, de aceptación o sentimientos negativos de rechazo y miedo, cómo es su hábito, cómo les gustaría que fuera, qué les gustaría hacer en relación a ese hábito, qué hicieron, qué resultados consiguieron, qué dificultades encontraron, por qué, cómo creen que pueden cambiar, cuándo y qué ayuda necesitan en el futuro o en el presente.

Limitaciones al estudio: como investigación cualitativa se realizaron cambios en el proyecto original para adaptarse a las dificultades encontradas con el proyecto original.

RESULTADOS:

1. Identificar los factores que influyen en el proceso de deshabituación tabáquica de las personas que participan en las intervenciones individuales y grupales de apoyo y seguimiento a la deshabituación

Las personas que participaron en la investigación fueron 77, el 64% mujeres.

El 24% de las mujeres que participaron en la investigación no fuman al terminar el año. La edad media de dichas mujeres es de 48 años, 50% viven en zona rural, el 50% casadas, viudas el 8%, el 33% universitarias, el 42% refieren estudios secundarios, el 25% refieren vivir con su pareja y su descendencia. No refieren problemas económicos en el 92%. Refieren trabajar fuera de casa el 75% de las mujeres. Si las comparamos con las mujeres que fuman podemos observar que estas mujeres trabajan en mayor porcentaje fuera de casa, tiene mayor nivel de estudios y viven en menor porcentaje con su pareja y descendientes, lo que puede sugerir que la doble jornada de trabajo fuera de casa y en casa podría tener relación con no dejar el tabaco. Se necesitarían más investigaciones sobre el tema.

El 25% de los hombres no fuman al final de la investigación, el 86% viven en la zona rural, el 57% están casados, el 28% tienen estudios universitarios, el 14% saben leer y escribir, el 100% viven acompañados, el 43% de sus hijos e hijas, el 29% viven con su pareja y el otro 29% viven con su pareja y descendientes.

El 86% no refieren problemas económicos. El 86% de los hombres que dejaron de fumar empezaron a fumar antes de los 15 años. El 86% refieren no realizar actividad laboral. Refieren apoyo familiar para el abandono en el 86% de los casos. En el 57% refieren apoyo social. La edad media de estos hombres es de 58 años.

2. Describir el perfil de las personas que no consiguen mantenerse sin fumar y que participan en las intervenciones de apoyo y seguimiento, desde un enfoque de género

El porcentaje de mujeres que refieren fumar al finalizar la investigación es superior al de los hombres (76%/75%). El perfil de la persona que no consigue abandonar el tabaco durante la investigación es una mujer de 44 años, reside en zona urbana (68%), casada (49%), con estudios de secund-

aria (51%), vive en pareja con su descendencia (32%), no refiere problemas económicos (76%), empezó a fumar a edad superior a los 16 años (35%), con apoyo familiar (73%), refiere apoyo social (49%), trabaja fuera de casa (62%).

3. Análisis e interpretación de sus discursos

En los discursos de las mujeres que consiguen dejar de fumar aparece la posibilidad de cambiar el tipo de vida que llevaban antes a una vida más relajada y con tiempo para ella; otros discursos están relacionados con el embarazo o estar buscando un embarazo y con problemas muy serios de salud. Los discursos relacionados con las dificultades para abandonar el tabaco a pesar de buscar ayuda en las mujeres fumadoras están relacionados con la ansiedad, depresiones, conflictos con su pareja, el aburrimiento, la soledad, el estrés, quitar las ganas de comer, estar siempre en casa, no tener relaciones sociales, problemas familiares, problemas para quedarse embarazadas.

Los discursos que refieren los hombres fumadores están relacionados con el nerviosismo, con la responsabilidad laboral, para relajarse y ante conflictos familiares. Los discursos de los hombres que consiguieron dejar el tabaco están relacionados con la importancia de mejorar sus graves problemas de salud.

En los discursos de alguna de las mujeres aparece la violencia de género explícita: en un caso, abusos durante la infancia (fumadora); en dos casos, violencia de su pareja íntima (una fumadora y otra exfumadora). En otra, violencia técnica: "si mi hija tiene que pasar por esta situación, prefiero verla muerta, pero muerta, me tenía controlada".

Participaron en la investigación cubriendo una encuesta sobre el tema 30 profesionales sanitarios, el 57% personal de medicina y el resto de enfermería, el 73% pertenece al área sanitaria donde se realizó el estudio, el 20% pertenecían a otras comunidades autónomas. El 83% eran mujeres. El 60% refieren necesitar formación sobre el hábito tabáquico y su tratamiento el mayor porcentaje es personal de enfermería. El 33% del personal refiere que a las personas que consiguen dejar de fumar el sistema sanitario les ayudó con apoyo y tratamientos a la deshabituación. El 47% del personal refiere que el sistema sanitario necesita mucho tiempo y personal para ayudar a las personas fumadoras. El personal refiere el estrés como dificultad para abandonar el tabaco en mayor medida en los hombres.

El 100% del personal considera que la atención primaria es el ámbito de atención del tabaquismo.

CONSIDERACIONES

Este estudio es una aproximación, pero es necesario seguir investigando con metodología cualitativa para profundizar en los factores determinantes en la deshabituación tabáquica relacionados con el género.

Aumentar el tiempo de investigación para aumentar la población sujeto de estudio, realizar un seguimiento a largo plazo y, sobre todo, investigar temas relacionados con la violencia de género.

Introducir la perspectiva de género en las intervenciones dirigidas a fomentar la deshabituación tabáquica, realizadas desde el sistema sanitario. Incluir en dichas intervenciones, tanto en las individuales como en las grupales, herramientas dirigidas a mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de las personas a la hora de enfrentarse a las dificultades de la vida diaria, mejorar su autoestima. Introducir la valoración biopsicosocial en las entrevistas clínicas para detectar problemas que con otro tipo de entrevista no se pueden conocer.

Impartir cursos formativos sobre tabaquismo entre el personal de salud con perspectiva de género.

Autora:

M^a Marta González Sánchez, Enfermera Educación para la Salud. Gerencia Atención Primaria Área III. Avilés. Proyecto FIS. Proyecto expediente: MD07/00158

Referencias bibliográficas:

1. Jané Mireia. Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. Dirección General de Salud Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Adicciones. (2004). Volumen 16. Suplemento 2.
2. Becoña E., Vázquez L. Las mujeres y el tabaco. Rev. Esp. Salud Pública 2000, Vol. 74, nº 1:19 <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v74n1/mujeres.pdf>.

3. Nerín y colb. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica con componente específico diferenciador para el colectivo femenino. Investigación 2000-2001 consultado en http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/2001/541p.pdf
4. Rosal, L. de la; Otero, M.; Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales = Women and smoking Trastornos adictivos 2004 ; 6(2) : 113-124.
5. Rohlf's I, Borrell C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac. Sanit. 2000;14 (Supl. 3):60-71.

Selección de Informes de las Agencias de EvTs

EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA EN PAÍSES EN DESARROLLO

INTRODUCCIÓN: Más de 10 millones de niños menores de cinco años mueren cada año por causas prevenibles y más de 500.000 mujeres mueren por causas relacionadas con la maternidad en el mundo. Estas muertes no se distribuyen de manera homogénea a lo largo del planeta, sino que el mayor número de muertes se da en los países más pobres. Esta situación hace que la reducción de la mortalidad materna e infantil a escala mundial siga siendo un reto para las instituciones internacionales, como se ha recogido en los Objetivos del Desarrollo del Milenio para el año 2015.

Las prácticas recomendadas son las encaminadas a prevenir el tétanos, el cribado y tratamiento de la sífilis y el uso de corticosteroides en el tratamiento de la ruptura prematura de membranas

Según el informe 2007 sobre la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, éstos y otros indicadores se han reducido a lo largo de los años; sin embargo, el progreso dista mucho todavía hoy de ser aceptable, registrándose enormes disparidades entre países y dentro de ellos.

Actualmente existen multitud de intervenciones encaminadas a mejorar la salud materna e infantil; sin embargo, no se conoce la efectividad que tienen en cuanto a la reducción de la mortalidad materna e infantil, debido a la dificultad que supone establecerlo cuando no existe un buen registro de los datos como suele ocurrir en países empobrecidos y con sistemas de salud deficientes. Esto señala la necesidad de analizar la evidencia científica de aquellas intervenciones que se están llevando a cabo y evaluar su efectividad para reducir la mortalidad infantil y materna.

OBJETIVOS: Identificar la efectividad de las diferentes intervenciones destinadas a mejorar los resultados de mortalidad materna e infantil en países empobrecidos y clasificar la evidencia encontrada.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de la literatura científica en las bases de datos MEDLINE y LILACS hasta agosto de 2008. Los criterios de inclusión fueron: I) intervenciones prenatales, intraparto y postnatales así como las intervenciones de salud infantil a menores de 5 años y aquellas comunitarias dirigidas a la salud materna e infantil; II) estudios con un diseño metodológico de revisiones sistemáticas, revisiones narrativas y meta-análisis; III) que incluyeran mujeres en edad fértil (embarazadas o no) y niños y niñas menores de 5 años, todos ellos pertenecientes a países empobrecidos; IV) debían contener como variables resultado la tasa de mortalidad materna, y/o en menores de 5 años, y/o infantil (menores de 1 año), y/o neonatal (<28 días), postneonatal (de 28 días a 1 año), y/o perinatal (durante la primera semana de vida); V) publicados en lengua inglesa y español.

Se recogió información sobre los datos relativos a la publicación, el diseño de estudio (revisión sistemática, narrativa o meta-análisis), el objetivo de estudio, la intervención o intervenciones recogidas, las características de la población de estudio, los resultados sobre la evidencia en la reducción de la mortalidad materno-infantil en función de tres categorías pre-establecidas (existe evidencia, evidencia limitada, no existe evidencia) y la calidad del estudio. La calidad metodológica de los estudios ha sido evaluada realizando la lectura crítica siguiendo la guía CASPE (Critical Appraisal Skills Programme) para Revisiones Sistemáticas y mediante la valoración general de la calidad del estudio según la capacidad de minimizar su riesgo de sesgo por el método SIGN según una escala ++(alta), +(media) y - (baja).

RESULTADOS: Se identificaron 27 artículos que cumplieron los criterios de inclusión. La variable resultado más estudiada fue la mortalidad infantil, ya fuese expresada mediante la tasa de mortalidad en menores de 5 años, la tasa de mortalidad perinatal, la tasa de mortalidad neonatal, postneonatal y/o infantil. La mortalidad materna se estudió en sólo 7 artículos.

Los tipos de intervenciones más frecuentemente estudiadas fueron las intervenciones prenatales, seguidas de las postnatales, y las menos estudiadas fueron las intervenciones intraparto. La población sobre la que se han realizado estos estudios es mayoritariamente de Asia meridional y África subsahariana, siendo muy escasos los estudios y la evidencia encontrada en países de América Latina.

CONCLUSIONES: Las intervenciones sobre las que existe una evidencia sobre la reducción de la mortalidad infantil y que pueden ser recomendadas para ser llevadas a cabo en países empobrecidos son las encaminadas a prevenir el tétanos (tanto inmunización como prácticas de parto limpio), el cribado y tratamiento de la sífilis y el uso de corticosteroides en el tratamiento de la ruptura prematura de membranas, en el caso de intervenciones prenatales. Los cuidados obstétricos de emergencia son unas intervenciones intraparto que han mostrado resultados positivos en cuanto a la reducción de la mortalidad materna. El fomento y el establecimiento temprano de la lactancia materna, el manejo de los casos de neumonía y la reanimación del recién nacido con aire son intervenciones postnatales que han mostrado evidencia para la reducción de la mortalidad infantil.

Referencia: De la Cruz Saugar G, Sarria Santamera A, "Evaluación de intervenciones para la reducción de la mortalidad infantil y materna en países en desarrollo". Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. Septiembre de 2008. http://www.isciii.es/jsp/organizacion/evaluacion_fomento/publicaciones_agencia/publicaciones.jsp

TELEMEDICINA EN EL SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus (DM) es una afección crónica no transmisible que ha incrementado notablemente su prevalencia y constituye la alteración metabólica grave más común en la población. En general, se mantiene que en las patologías crónicas el paciente debe ser un participante activo en el control de su enfermedad, existiendo evidencia de mejora en su estado de salud, aumento de la satisfacción y disminución en la utilización de los servicios de salud cuando se da esta participación activa.

En los últimos 10 años hemos podido comprobar que las nuevas tecnologías pueden ser un aliado importante para los profesionales y pacientes diabéticos. Por una parte, permitiendo un mayor y más exhaustivo control de los niveles glucémicos, mejorando la autogestión de la patología y, por otra parte, también pueden contribuir en el plano educativo por su extensión y accesibilidad a la información. Es por ello que se ha llevado a cabo una revisión sobre la evidencia científica en la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el campo de la DM.

El objetivo principal de esta revisión es conocer si la utilización de las TIC en Medicina puede mejorar aspectos de efectividad, eficiencia y satisfacción en el control metabólico de pacientes con DM. Además, se han incluido dos objetivos específicos; uno sobre aspectos educativos y otro concreto sobre posibilidad de detección precoz de retinopatía diabética a través de técnicas de teleofthalmología, ambos por la importancia que alcanzan en esta patología.

La metodología responde al esquema tradicional de una Revisión Sistemática de Literatura; hemos planteado las preguntas de investigación, definido los criterios de inclusión y exclusión, planteamos la estrategia de búsqueda, la forma de selección de artículos y su evaluación para extraer la información. Tras obtener los resultados de la búsqueda, los hemos expuesto en forma de algoritmo numérico, se ha hecho un resumen cuantitativo y, finalmente, una síntesis de la evidencia agrupada por cada pregunta de investigación. Se han redactado las conclusiones e implicaciones tanto para la práctica clínica como para la investigación, no sin antes haber discutido algunos de los aspectos más relevantes, en opinión de los autores, sobre las aplicaciones de la telemedicina al campo diabetológico.

Destacaremos aquí las conclusiones:

1. En relación a la efectividad, y combinando todos los grupos de medidas, puede decirse que la telemedicina aplicada al control de pacientes diabéticos es efectiva con calidad de evidencia buena.

El uso de tecnologías de la información y comunicación es efectivo para el seguimiento de pacientes diabéticos

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. ALGUNAS TEORÍAS Y HERRAMIENTAS PARA LA PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA

INTRODUCCIÓN: El estilo de vida constituye uno de los determinantes que más influencia ejerce en el estado de salud de una población. La promoción de estilos de vida saludables es una de las áreas prioritarias para conseguir mejoras de salud en nuestra población, tanto a nivel general como en distintas personas y colectivos con peores niveles de salud.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es plantear bases conceptuales y metodológicas a tener en cuenta para el diseño, planificación y evaluación de intervenciones de promoción de la salud, con especial atención a lo relacionado con los estilos de vida, resumiendo algunas de las principales teorías sobre esta área.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una búsqueda en Internet en páginas de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea, así como en las bases de datos de organizaciones como la International Union for Health Promotion and Education, el US Task Force on Community Preventive Services y la CDC Prevention Guidelines Database, Medline y Cochrane Library, búsquedas terminadas a fecha de 16 de febrero de 2005.

RESULTADOS: Se resumen las siguientes teorías o modelos de promoción de la salud; el modelo de los determinantes de la salud y las políticas de salud; el modelo de creencias de salud; la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada; el modelo transteórico de las etapas de cambio; el modelo del proceso de precaución - adopción; la teoría del aprendizaje social; la teoría de la difusión de innovaciones; el marketing social; modelos comunitarios y grupales de promoción de salud; un modelo de promoción de la salud basado en el empoderamiento; la teoría del género y el poder; el desarrollo comunitario; el modelo de marketing de la promoción de salud. Se resumen algunas herramientas para la planificación y la evaluación de la promoción de la salud, como el modelo de planificación PRECEDE-PROCEDE y el modelo RE-AIM, y se plantea una lista con los distintos aspectos necesarios para resumir y analizar intervenciones de promoción de salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

1. Los programas de promoción de salud que se planteen la mejora de problemas de salud relacionados con los estilos de vida exigen la combinación de distintas intervenciones multifactoriales: enfocadas a individuos concretos, a grupos específicos, a la sociedad en su conjunto; de cambio de leyes y normativas; de educación sanitaria. Ninguna teoría, modelo o herramienta es siempre adecuada para todas las situaciones posibles; asimismo, distintas teorías pueden ser útiles y complementarias para comprender y abordar un tema de manera integral.
2. Las desigualdades económicas y sociales son un importante determinante de la salud. Para conseguir el objetivo de mejorar la salud de la población es clave que se planteen estrategias específicas para conseguir mejorar la salud de los grupos sociales con peores indicadores de salud, que en general son los ligados a ingresos económicos bajos y peores condiciones de vida.

3. Distintos grupos, subgrupos o colectivos se encuentran en circunstancias diferentes que exigen un análisis separado de cómo operan distintos determinantes de la salud en cada uno de ellos. Es por ello necesario analizar las características específicas, creencias, actitudes, motivaciones, refuerzos o barreras sociales,... en que se encuentra cada colectivo. Los mensajes, métodos, medios, estímulos e incentivos no tienen por qué ser iguales para todos y deberán adaptarse para cada uno de los distintos colectivos.

Los programas de promoción deben plantear claramente los determinantes de la salud sobre los que pretenden incidir para no crear falsas expectativas respecto a su impacto evitando sensaciones de fracaso

4. Las intervenciones de educación para la salud, que deben seguir jugando un papel importante, se deberán enfocar a proporcionar información veraz y a potenciar el empoderamiento tanto individual como colectivo, prestando especial cuidado en evitar la culpabilización de quienes tienen y soportan estilos de vida menos saludables.
5. Los programas o intervenciones de promoción de salud deben plantear claramente cuáles son los determinantes de la salud sobre los que pretenden incidir, así como qué otros determinantes de la salud quedan fuera de su objetivo o alcance. De esa manera, no se crearán falsas expectativas respecto a su previsible impacto y se evitarán posteriores sensaciones de fracaso al evaluar los cambios producidos por las actividades de promoción de la salud.

Referencia: Rueda J R, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G. "La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida". Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Osteba D-08-08. <http://www1.euskadi.net/buscadorsan/osteba/infjeva.apl>

INTERVENCIONES POBLACIONALES EN EL CONTROL DEL HÁBITO TABÁQUICO Y SUS EFECTOS EN LAS DESIGUALDADES SOCIALES DEL MISMO

OBJETIVOS DEL PROYECTO: Sintetizar la evidencia disponible sobre los efectos de las intervenciones poblacionales de control del hábito tabáquico (CHT) en grupos con diferentes características sociodemográficas

Evaluar las intervenciones que pueden ser eficaces en el CHT relacionadas con desigualdades en salud e identificar otras razones por las cuales las intervenciones pueden ser ineficaces, tratando de responder a las preguntas, ¿qué funciona?, ¿qué podría funcionar?, ¿para quién?, ¿en qué contextos?

Ampliar los métodos de revisión sistemática incluyendo revisiones sistemáticas relacionadas y los estudios primarios inclui-

- 10 sugerencias clave para la recuperación y gestión de la información biomédica
CAHTA Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research
<http://www.aatrm.net>

- Systematic review of the effects of interventions for people bereaved by suicide.
CRD Centre for Reviews and Dissemination
www.york.ac.uk/inst/crd/

- Gastrectomie longitudinale [sleeve gastrectomy] pour obésité
HAS Haute Autorité de santé/
French National Authority for Health
<http://www.has-sante.fr>

- Evaluation des bioprothèses valvulaires aortiques implantées par voie rétrograde transfémorale et transapicale
HAS Haute Autorité de santé/
French National Authority for Health
<http://www.has-sante.fr>

- Orthodontics for children and adolescents
KCE Belgian Health Care Knowledge Centre
<http://kce.fgov.be>

- Guidance for the use of five ophthalmic tests in clinical practice
KCE Belgian Health Care Knowledge Centre
<http://kce.fgov.be>

- Limbal Stem Cell Transplantation
MAS Medical Advisory Secretariat
http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/pub_mm.html

- Endoscopic argon plasma coagulation of gastrointestinal bleeding and oesophageal stents
MSAC Medical Services Advisory Committee
<http://www.msac.gov.au/>

- A preliminary model-based assessment of the cost-utility of a screening programme for early 1 age-related macular degeneration
NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
<http://www.hta.ac.uk>

- Structural neuroimaging in psychosis: a systematic review and economic evaluation
NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
<http://www.hta.ac.uk>

- Análisis epidemiológico de la información recogida por los registros hospitalarios del cáncer en la CAPV. Identificación de posibles mejoras en cuanto a la retroinformación y a la difusión de los resultados.
OSTEBA Basque Office for Health Technology Assessment
<http://www1.euskadi.net/buscadorsan/osteba/infjeva.apl>

