ARTICULOS

Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales

Women and smoking

DE LA ROSA, L. y OTERO, M.

Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. España.

RESUMEN: *Objetivo:* Discutir la necesidad de un enfoque de sexo en la prevención y tratamiento del tabaquismo

***Material y métodos:* Se revisa la bibliografía sobre el tema mujer y tabaco**

***Resultados:* Las adolescentes fuman más que los adolescentes. La mayoría de los estudios muestras que las tasas de cesación en las mujeres son algo inferiores que en las de los varones. Tanto la eficacia de las campañas de prevención como la de los diversos tratamientos se han determinado cuando el tabaquismo era un fenómeno —una adicción— predominantemente masculina. Muy probablemente se puede mejorar su eficacia con un enfoque específico de género.**

***Conclusiones:* En unos pocos años el tabaquismo va a pasar a ser un fenómeno —una enfermedad— predominantemente femenino en la mayor parte de la sociedad occidental. Para prevenirlo se necesitan políticas específicas basadas en serios análisis diferenciales de género.**

PALABRAS CLAVE: Fumar. Mujer. Género. Afectos negativos. Peso corporal. Publicidad. Enfoque de género. Políticas centradas en las mujeres.

ABSTRACT: *Objective:* To discuss the necessity of gender-focused analysis in smoking prevention and treatment

***Material and methods:* The literature on women and smoking was reviewed.**

***Results:* Adolescents girls smoke more than their male-counterparts. Most studies show that quitting rates are slightly lower in females than in males. The efficacy of both preventive campaigns and smoking treatments have been determined when smoking was predominantly a male behavior, a male addiction.**

***Conclusions:* In a few years in western societies smoking will be a predominantly female behavior, a female disease. To prevent this women-centered policies —based on sound gender-focused analysis— are needed.**

KEY WORDS: Smoking. Women. Gender. Negative affects. Body weight. Advertisements. Gender-focused analysis. Women-centred polices.

Correspondencia:

DE LA ROSA
Unidad de Tabaquismo
Facultad de Medicina
Universidad de Cantabria
Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n
39011 Santander. España
E-mail: tabaquismo@unican.es

Introducción

En las sociedades occidentales, en muy pocos años, el tabaquismo va a pasar a ser una enfermedad predominantemente femenina, contrariamente a lo que lo ha sido a lo largo de su historia. Esto va a hacer que —ya desde ahora— tengamos que enfrentarnos a este problema de salud pública con enfoques ligeramente distintos.

El tabaco no afecta diferenciadamente a mujeres y varones. En ambos sexos es similarmente tóxico y similarmente adictivo. Por otra parte, los mecanismos de incorporación al consumo y los de deshabituación son relativamente similares. A pesar de esto, se aprecian diferencias que pueden tener relevancia preventiva y terapéutica en todas las áreas citadas[1]. Por ello, de manera similar a otros campos, los conocimientos desarrollados a partir de modelos o circunstancias predo-

minantemente masculinas deben ser adecuadamente filtrados y reelaborados a partir de un enfoque de género específico, con el fin de conseguir que el sesgo que actualmente tienen (los datos o los análisis) no dé lugar a una aplicación menos eficaz, tanto en los varones como en las mujeres.

Situación actual

Mientras que el consumo de tabaco está descendiendo en los varones españoles, el de las mujeres permanece estable, y ya es mayor la proporción de mujeres que se incorporan cada año al consumo. La figura 1 muestra las diferencias de prevalencia de consumo en los adolescentes españoles[2]. La figura 2 muestra las prevalencias de consumo según edades en las adolescentes.

En los países anglosajones y del norte de Europa, el tabaquismo femenino empezó a aumentar a partir de los años cuarenta, al tener que ocupar las mujeres los lugares de trabajo de los varones durante la Segunda Guerra Mundial. La industria tabaquera hizo que el tabaquismo se asociara al trabajo fuera del hogar, la independencia económica y la liberación femenina. En los países mediterráneos este incremento no se produjo hasta finales de los años sesenta. Con el desarrollo económico de esa época y la posterior reimplantación de la democracia en nuestro país, es cuando se produjo un mayor acceso femenino a la universidad y una mayor emancipación, circunstancias que fueron utilizadas también por la industria del tabaco con el fin de conseguir una tardía pero importante incorporación de la mujer española al consumo del tabaco.

El mantenimiento e incremento del tabaquismo en nuestro entorno se ha visto favorecido también por la presencia de una baja percepción social del problema. Este hecho se agrava particularmente en el caso de las mujeres, en quienes —por llevar menos tiempo fumando— todavía no se han manifestado gran parte de las consecuencias perjudiciales del tabaquismo sobre la salud.

En la mayoría de países desarrollados las tasas de prevalencia del tabaquismo femenino se mantienen elevadas, aunque su evolución varía según se trate de países anglosajones o mediterráneos. En los países en los que las mujeres se incorporaron al tabaco por los años cincuenta se observa ya en las mujeres los excesos de mortalidad atribuidos al tabaco; en aquellos en los que la incorporación femenina al tabaco se realizó sobre los años setenta, no se han manifestado todavía claramente los incrementos de mortalidad derivados del tabaco, aunque están aumentando en los últimos

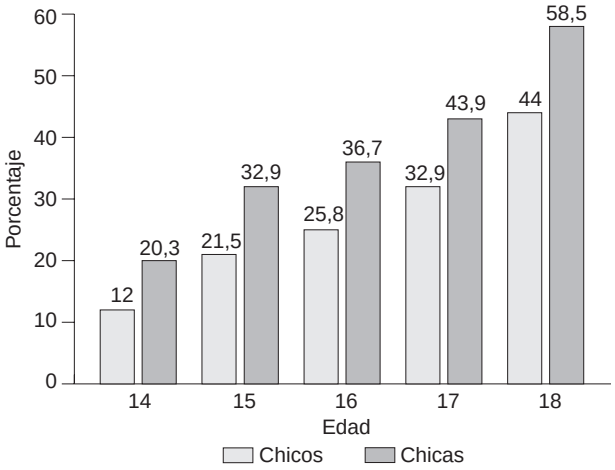


Figura 1. Consumo de tabaco en el último mes, según sexo y edad, en estudiantes españoles (Encuesta Escolar de 2000)[2].

años y se calcula que su punto de inflexión se va a producir en breve.

En la actualidad, en todos los países de la Europa occidental —así como en Estados Unidos y Canadá, y en Australia y Nueva Zelanda[3,4]— se observan 2 constantes en los patrones de consumo de tabaco: por un lado, las chicas fuman en mayor proporción que los adolescentes varones; por otro, las mujeres cercanas a los 40 años tienden a dejar el tabaco en menor proporción que los varones de su misma edad. Si bien éstas acuden y solicitan con mayor frecuencia servicios especializados con credibilidad para dejar de fumar, da la impresión de que encuentran más dificultad o presentan menos motivación para dejar el consumo de ta-

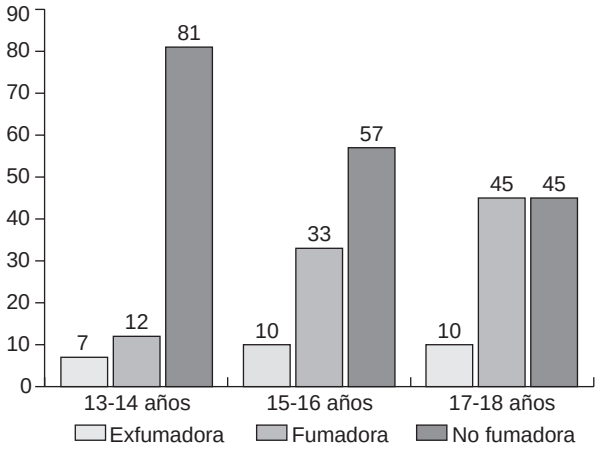


Figura 2. Prevalencias de consumo de tabaco de las adolescentes según edad.

baco. Todo esto hace prever que, como se ha señalado anteriormente, en un futuro no muy lejano, en la sociedad occidental el tabaquismo va a pasar a ser una enfermedad predominantemente femenina[5,6].

Una constante que también se observa en las sociedades desarrolladas es que el tabaquismo ha pasado a ser una actividad fundamentalmente de varones o mujeres pertenecientes a los niveles socioeconómicos más desfavorecidos. Se desconoce porqué esto es así, pero es claro que: *a)* bien son más susceptibles a las diversas presiones de la industria (publicidad, promoción y creación de un clima social favorable); *b)* o lo son menos a las diversas campañas preventivas y educativas (que inconscientemente pueden estar sesgadas a segmentos más favorecidos de la población); *c)* o ambos factores pueden contribuir a este fenómeno altamente regresivo.

En los países con economías en vías de transición y en los países en vías de desarrollo, el tabaquismo femenino sigue siendo minoritario frente al masculino, pero está creciendo a un ritmo cada vez mayor[7]. De hecho, son las mujeres de estos países —aunque no sólo ellas— uno de los objetivos prioritarios de la industria tabaquera, en un momento como el actual en el que las posibilidades de expansión del mercado en las sociedades occidentales están muy mermadas.

Patología derivada del consumo de tabaco en la mujer

El tabaco afecta a ambos sexos de manera parecida. Los cigarrillos presentan en las mujeres relaciones dosis-respuesta similares a los varones; por ello, las mujeres que fumen de forma análoga a los varones experimentarán tasas de mortalidad similares a éstos. En el caso de las mujeres, fumar representa no sólo estar expuesta a las mismas enfermedades que el varón, sino que además conlleva patologías adicionales específicas de sexo, así como alteraciones propias en su función reproductora[8].

Patología no específica según sexo

Al igual que en los varones, en las mujeres fumar ocasiona problemas cardiovasculares (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, etc.), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diversos cánceres (pulmón, vejiga, laringe, etc.). En un estudio europeo de mortalidad femenina atribuible al tabaco de mujeres se observó que el 41% de muertes se debían a enfermedades cardiovasculares, el 21% a cáncer de pulmón, el 18% a EPOC, el 11% a otras causas, el 6% a otros cánceres y el 3% a otras enfermedades[5].

Estos datos muestran claramente que la mortalidad femenina por tabaco no se deriva fundamental o primariamente de patologías específicas de sexo, sino todo lo contrario. En diversos países el cáncer de pulmón ya ha superado al cáncer de mama como primera causa de muerte por cáncer en las mujeres. En Estados Unidos, la tasa de cáncer de pulmón se ha multiplicado por 7 en los últimos años, mientras que en España apenas ha aumentado todavía, aunque se empieza a apreciar el incremento. Por otro lado, se ha incrementado notablemente la morbimortalidad femenina por enfermedades cardio y cerebrovasculares atribuibles al tabaco, incremento que es mayor si a la conducta de fumar se asocia el consumo de anticonceptivos orales, especialmente los de alto contenido estrogénico.

Patología específica según sexo[5]

El tabaquismo puede también ocasionar diversas patologías sexo-específicas[5] (patología del tracto genital y en la reproducción), así como afectar diferentemente a mujeres y varones en otros aspectos (osteoporosis, tabaquismo pasivo).

— *Problemas en la menstruación.* En fumadoras, la regla es más irregular y es más frecuente la presencia de dismenorrea. Debido probablemente al efecto antiestrogénico del tabaco, la menopausia está adelantada 2-3 años en las fumadoras, lo que agrava el riesgo de osteoporosis.

—*Cánceres específicos en la mujer.* Las fumadoras presentan doble riesgo relativo de desarrollar cáncer de cérvix. Por el contrario, probablemente por la propia acción antiestrogénica, tienen un 30% menos de probabilidades de padecer cáncer de endometrio.

— *Osteoporosis y densidad ósea.* Las mujeres fumadoras presentan más problemas de osteoporosis y, en consecuencia, un mayor porcentaje de fracturas, lo cual afecta notablemente a la calidad de vida y al grado de invalidez, que es mayor en las fumadoras. El problema es especialmente relevante tras la menopausia, donde una reducción en la densidad ósea de un 10% incrementa el riesgo de fractura 1,5-2 veces, y una reducción del 20%, 3-4 veces.

— *Efectos estéticos.* La halitosis y las manchas en los dedos y en los dientes, aunque no son efectos específicos de sexo, preocupan más a las mujeres. El consumo de tabaco es la segunda causa de arrugas en las mujeres; también da a la piel un aspecto mucho más apagado, y además disminuye la acción de los productos cosméticos.

— *Problemas en la reproducción. 1.* Generales: *a)* aumenta la infertilidad, sobre todo la de origen tubárico, por sufrir las fumadoras más infecciones en los órganos reproductores; la concepción se retrasa de media unos pocos meses; el principal problema se presenta en quienes están en el límite de la fecundidad, que tienen 3 veces más probabilidades de tardar más de un año en quedarse embarazadas; *b)* existe un mayor riesgo de embarazo ectópico, de aborto y de parto pretérmino (*odds ratio* [OR]: 1,4); *c)* también existe un mayor riesgo de placenta previa (OR: 1,5), desprendimiento prematuro de la placenta y un descenso del peso placentario; el riesgo de placenta previa es dependiente de la dosis. *2.* Bajo peso: lo más destacable, cara a las consecuencias de morbimortalidad perinatal y posnatal que ocasiona el tabaco, es la reducción en el peso del recién nacido, que viene a ser de unos 150-200 g. Es una reducción en el peso, sin retraso en la madurez; su riesgo de aparición desaparece si la madre renuncia al tabaco en el primer trimestre de la gestación.

—*Tabaquismo pasivo en el niño: síndrome de muerte súbita del lactante.* El hecho que la madre fume durante el embarazo aumenta un 50% las probabilidades de que el niño desarrolle el síndrome de muerte súbita del lactante. Este riesgo se incrementa si después del parto la madre sigue siendo fumadora. En este último caso influye también que el padre sea fumador, pero es mayor la influencia de la madre, probablemente porque los niños pequeños siguen pasando más tiempo con sus madres. Por este último motivo, los efectos en niños pequeños que se derivan de la exposición al humo de tabaco ambiental (como aumento de otitis, infecciones respiratorias, crisis asmáticas y absentismo escolar) son también mayores cuando la madre es fumadora.

— *Tabaquismo en el embarazo.* El embarazo es un momento de especial motivación para que la mujer deje de fumar, ya que a los efectos nocivos sobre la propia persona, se suman los efectos sobre un tercero. Además, los efectos sobre la salud del bebé, aunque repercuten primariamente sobre él, secundariamente recaen sobre los progenitores y, en especial, sobre la madre. Por ello, a todas las embarazadas fumadoras se les debería aconsejar firmemente la cesación, y ofrecerles ayuda al respecto.

Alrededor del 20% de las embarazadas de nuestro entorno dejan de fumar espontáneamente antes de contactar con los servicios sanitarios, aunque en estas cifras hay notables diferencias según el nivel socioeconómico. Un porcentaje elevado de quienes han dejado de fumar durante el embarazo recaen en el primer año tras el parto, gran parte de ellas en el primer mes. Esto sugiere que no valoran suficientemente las consecuencias del tabaco sobre su salud, y que desconocen o minusvaloran la influencia del humo del tabaco ambiental sobre la salud de los niños. Por ello, el diagnóstico de embarazo, o el hecho de pensar en su posibilidad, es una circunstancia especialmente oportuna, no sólo para que la mujer deje de fumar durante el embarazo, sino para que realice un cambio de conducta permanente en su vida.

Quienes no dejan de fumar durante el embarazo, frecuentemente refieren reducir el consumo de cigarrillos o, en ocasiones, cambiar a una marca *light*, pensando quizá que así dañan menos al bebé. Quienes de un modo más real o más ficticio reducen su consumo, tras el parto suelen volver al nivel previo.

Algunos profesionales sanitarios piensan que para que la relación de la madre con el feto no se vea afectada, es preferible que fume hasta 5 cigarrillos al día, en lugar de que «esté deprimida y ansiosa». Este consejo denota una grave falta de formación profesional y el desconocimiento de lo que es una adicción. Con ello no se consigue ni una reducción de la ansiedad ni una reducción significativa de la toxicidad materno-fetal, ya que se produce un efecto compensador, al fumarse estos cigarros con mayor intensidad. Lo que sí se consigue es reducir significativamente las probabilidades de hacer un intento serio de cesación: se impide dejar de fumar a muchas mujeres que si fueran plenamente conscientes del grado de nocividad del consumo de tabaco en el embarazo, libremente decidirían abandonarlo.

¿Por qué fumamos las mujeres?

En general, puede decirse que las mujeres fuman más o menos por los mismos motivos que los varones. Esto no quiere decir que no existan determinados factores socioculturales, personales y/o ambientales que puedan afectar de una manera diferenciada —en ocasiones, extremadamente diferenciada— a mujeres y varones[9].

Influencias inespecíficas de género

El proceso de convertirse en fumador/a es complejo y está intrínsecamente relacionado con motivos sociales e individuales. La mayoría de los jóvenes empiezan a fumar por diversas razones, que suelen ser hábilmente explotadas por los promotores del consumo de cigarrillos. Entre éstas se encuentran: estímulo y desafío (rebelión contra los padres o la sociedad, curiosidad, emoción); formación de la propia identi-

dad y necesidad de autoestima (sentirse bien, parecer más adulto y moderno, tener mejor apariencia), y pertenencia a un grupo (necesidad de ser aprobado y aceptado, y de evitar desaprobación o rechazo)[10].

Entre los factores socioculturales que influyen en el consumo se encuentran: *a)* la aceptabilidad social, que ha aumentado últimamente en el caso de las jóvenes y mujeres; *b)* la influencia de los padres, mayor en el caso de las chicas y que es mayor ahora que muchas madres fuman, y *c)* la influencia de los amigos, que se considera similar entre varones y mujeres.

Entre los factores personales que influyen en el consumo se encuentran: *a)* la imagen de sí mismo (fumar es frecuentemente presentado como un medio de alcanzar la madurez, la edad adulta y la popularidad, de ser moderno, sociable y, en el caso de las mujeres, femenina, delgada y atractiva); *b)* la autoestima; al igual que en el caso de los varones, las chicas con una baja autoestima tiene mayores probabilidades de empezar a fumar; de hecho, entre las adolescentes está extendida la creencia de que fumar calma los nervios, alivia el estrés y controla el estado de ánimo; *c)* disponibilidad de medios económicos; la prevalencia de tabaquismo se asocia directamente con la cantidad de dinero semanal disponible, y *d)* conocimientos, creencias y actitudes respecto al tabaco.

Influencias específicas de género

Probablemente hay 4 razones fundamentales por las que actualmente las mujeres se inician más en el tabaquismo o tienen alguna dificultad añadida en dejarlo[11].

Asociación con estados de ánimo negativos

Cuando se analizan las diferencias en la conducta del tabaquismo entre mujeres y varones, se observa que en general ésta es muy similar, y sólo se encuentran diferencias en 2 aspectos[12,13]: *1)* en el grupo de grandes fumadores (los que fuman más de 30 cigarrillos/día) los varones tienden a estar hiperrepresentados, y *2)* en general, las mujeres tienden a fumar más por el componente *sedación*. Se denomina componente sedación a la asociación de la conducta de fumar con estados de ánimo negativos (tristeza, ansiedad, soledad, incertidumbre, etc.).

Fumar y depresión. Algunos fumadores refieren que fumar les mejora la depresión y otros trastornos afectivos; de hecho, algunas personas presentan episodios depresivos al dejar de fumar[14]. Por otro lado, algunos de los efectos neuroquímicos de la nicotina (como liberación de monoaminas cerebrales) se asemejan a los de los antidepresivos. Epidemiológicamente, se sabe que las personas depresivas fuman más que las no depresivas, y que las personas que fuman más tienen más posibilidades de tener depresión[14,15]. Dado que los trastornos depresivos son más prevalentes en el sexo femenino[16], un pequeño porcentaje de la mayor prevalencia de tabaquismo en mujeres podría venir explicado por este factor.

Factor estrés. A pesar de que muchos fumadores refieren que fumar les calma o les relaja, la nicotina no puede ser considerada como una sustancia relajante o ansiolítica. Hay muy pocos datos que sugieren que fumando se consiga —salvo a muy corto plazo— una disminución del estrés; es más, los fumadores puntúan más que los no fumadores y que los ex fumadores en las escalas generales de estrés y en las de estrés percibido. Por ello, hoy día no se admite que el tabaco sea ansiolítico, sino que más bien se considera que muy probablemente sea todo lo contrario, ansiogénico. Se piensa que los efectos tranquilizantes del tabaco son debidos, más bien, a la reversión de una sintomatología leve de abstinencia o a su utilización como mecanismos cristalizados de enfrentamiento al estrés (como puede ser también la onicofagia)[17,18].

En general, las mujeres están más preparadas que los varones para afrontar el estrés crónico. Aún así, la presencia de más cantidad de trabajo, mayor sensibilidad, mayores expectativas y/o mayores dificultades, puede hacer que se vean sometidas a un mayor nivel de estrés crónico que sus compañeros varones.

— Mayor trabajo. En la actualidad, casi todas las mujeres tienen un doble trabajo, trabajan tanto fuera como dentro del hogar. A pesar de los cambios que se han producido en los últimos años, es innegable que habitualmente en las parejas no se comparten al 50% las tareas del hogar (figs. 3 y 4). Además, aunque las tareas del hogar se compartan al 50% (cosa que no ocurre), lo más frecuente es que la preocupación del hogar recaiga siempre o casi siempre sobre la mujer. Esta preocupación hace que la mujer disponga de menos tiempo dedicado al descanso, con un mayor número de preocupaciones de las que es más difícil desconectar mentalmente.

A favor de esta hipótesis juega el hecho de que casi todas las mujeres que son cabeza de familia monoparental (p. ej., madres separadas o solteras con niños pequeños) fuman; es raro encontrar una mujer en esa situación que no fume.

— Mayor sensibilidad y expectativas. Las mujeres jóvenes y de mediana edad presentan una serie de expectativas asumidas que muy frecuentemente son mayores que aquellas con las que cargan sus compañeros

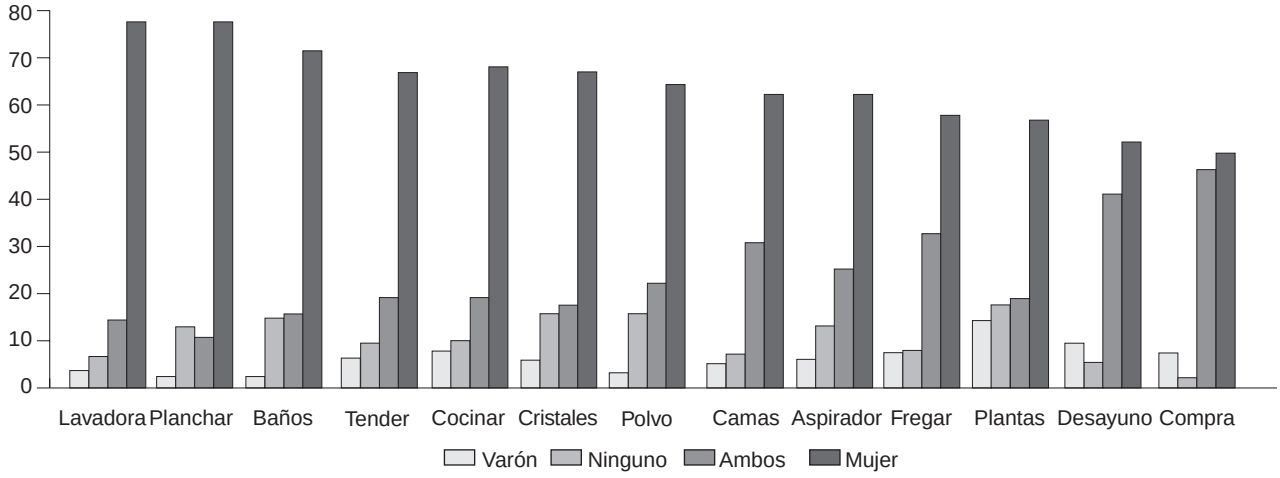


Figura 3. División de las tareas del hogar entre varones y mujeres en España en 2001.

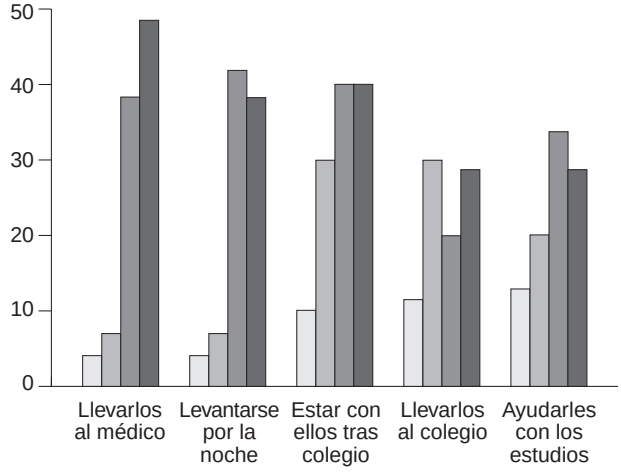


Figura 4. División de las tareas de atención de los hijos entre varones y mujeres en España en 2001.

varones. Esto se puede observar sobre todo en el campo familiar y en el estético. En relación con las *expectativas familiares* (sean éstas autoimpuestas o meramente sociales), se observa que muy frecuentemente las mujeres tienen la sensación de que podrían o deberían hacer más, de que no cumplen adecuadamente (o no del todo) su función educadora-maternal, y por ello, tienen una mayor o menor sensación de culpa. En relación con las *expectativas afectivas*, el hecho de que las mujeres presenten una vida afectiva con mayor riqueza de registros puede hacerlas más sensibles a las frustraciones; frustraciones derivadas en parte de asumir escalas de valores predominantemente masculinas, que son las que tienden a prevalecer en determinadas relaciones sociales o afectivas y en muchos ambientes laborales.

— Mayores dificultades. Aparte de la existencia de un «techo de cristal» en determinadas profesiones y/o de la existencia de un sistema de códigos no verbales que no se transmiten a las mujeres en otros trabajos, no es infrecuente que algunas mujeres refieran una discriminación más sutil —y, por tanto, más difícil de objetivar y de demostrar— en su trabajo profesional; las mujeres perciben que pueden ser consideradas de valía, pero que previamente deben demostrarlo, cosa que no se exige a sus compañeros varones. Trabajar en estas circunstancias implica un mayor estrés laboral. Aparte de estas situaciones, más o menos normalizadas, en los países desarrollados se observa que las mujeres sometidas a discriminación u opresión (como mujeres maltratadas, víctimas de agresión sexual, inmigrantes, pertenecientes a minorías o mujeres discapacitadas) son más propensas a fumar[8].

Todas las circunstancias vitales generadoras de estrés citadas pueden ser responsables de una conducta de fumar mucho más asociada con estados de ánimo negativos, que es utilizada como mecanismo de enfrentamiento a ellos[19]. Esto podría hacer más difícil el desarraigar la conducta de fumar, especialmente si no se desarrollan alternativas.

Factor peso corporal

Las expectativas estéticas —que con mayor o menor presión social cada persona se impone— suelen ser bastantes diferentes entre los diversos sexos. También lo suele ser la percepción de las consecuencias

que se derivan de no obtenerlas. La cuestión del peso corporal —sobre todo, su posible incremento después de dejar de fumar— puede ser el factor más importante de los que subyacen en el actual incremento del consumo de tabaco por parte de la mujer occidental[20].

En general, en los estudios poblacionales (cosa que no ocurre con adolescentes y personas jóvenes) se ha observado que los fumadores pesan algo menos (unos 3-4 kg) que los no fumadores y que al dejar de fumar se tiende a recuperar ese peso; de hecho, no es que propiamente se engorde al dejar de fumar, sino que se tiende a volver al peso propio[21,22]. El patrón corporal que se adquiere con este incremento de peso es más fisiológico, ya que disminuye el índice cintura/cadera, lo que desciende el riesgo de accidente vascular. No obstante, lo de «volver a su peso» no es fácilmente asimilable por muchas personas, dado que «mi peso» suele identificarse con «el peso que me gustaría tener». Además, es difícil hacer comprender a una persona fumadora con un peso estable que «su peso» no es el que realmente ha tenido durante los últimos años, sino uno ligeramente más elevado[21,23].

El incremento de peso que se produce al dejar de fumar no se da en todas las personas; suele ser de unos 3-4 kg de media (algo menos en España)[24], pero es bastante difícil evitarlo. Algunas personas no engordan en absoluto; más de la mitad no llegan a los 3 kg; sin embargo hay aproximadamente un 15% que puede aumentar 8 o más kg[25]. Esto último se debe, muy probablemente, a que estas personas desvían hacia la comida los mecanismos habituales de enfrentamiento a las situaciones de estrés.

Conviene tener en cuenta que una ganancia de peso de 3-4 kg en una mujer es objetiva y subjetivamente muy importante. *Objetivamente*, porque la distribución femenina de la grasa hace que los incrementos de peso se noten más en las caderas, lo que ocasiona que aquello que para los varones sólo es un agujero más en el cinturón, para las mujeres puede representar una talla más (fig. 5). Esto hace que cualquier mujer que haya engordado 1-2 kg es plenamente consciente de ello cada vez que se viste, y que una ganancia de 3-4 kg puede representar, en el caso femenino, la renovación, total o parcial, de un armario[20]. *Subjetivamente*, porque existe una notable distorsión en la percepción de cuál deberá ser el peso ideal, y la mayor parte de las mujeres con un índice de masa corporal de 22 o 23 (esto es, absolutamente normal) tienen la sensación de que, al menos, «les sobran 2 o 3 kg».

La importancia del factor peso corporal a la hora de fumar queda resaltada por el hecho de que los estudios muestran sistemáticamente que[26]: *a)* las adolescentes preocupadas por su peso, o que hacen dietas, fuman más (fig. 6), y *b)* las mujeres preocupadas por su peso dejan de fumar menos, y se pasan con mayor frecuencia a los cigarrillos *light*. De hecho, el estudio crítico de la publicidad de tabaco permite comprobar cómo algunas campañas utilizan como reclamo publicitario el factor peso corporal.

Figura 5. Distinta distribución de la grasa corporal entre mujeres y varones.

Publicidad

El análisis de las características intrínsecas[27] y extrínsecas[28] de los anuncios de tabaco muestra que la población femenina es el público diana de una mayoría de éstos (fig. 7). Dado que actualmente está fuera de toda duda razonable la influencia de la publicidad sobre el consumo[29], ésta podría ser responsable del

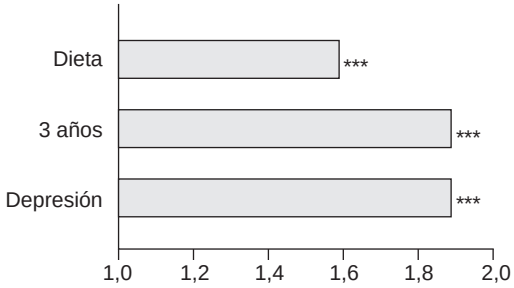
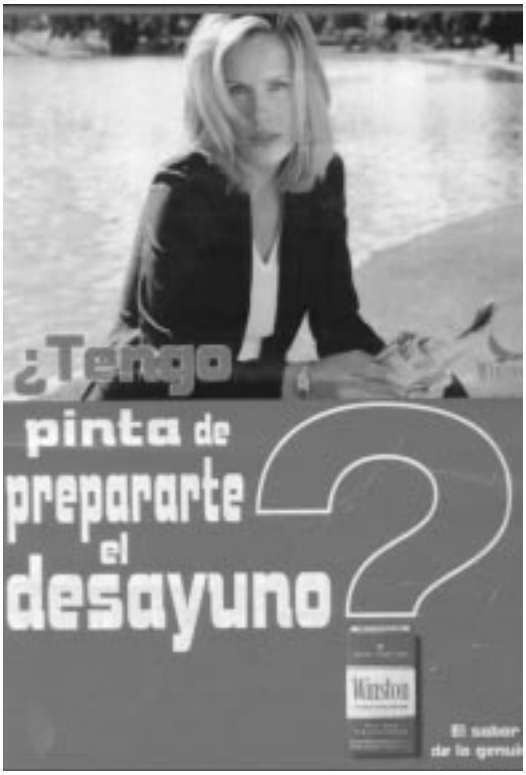


Figura 6. Odds ratios de estar de acuerdo con las afirmaciones reflejadas en ordenadas (fumadoras vs. no fumadoras) en adolescentes de 13 a 18. Una OR de 2 implica que un 100% más de acuerdo con la afirmación; ***: p. < 0,001. Leyenda: «*Dieta:* Frecuentemente hago dieta», «*3 años:* Daría 3 años de mi vida por bajar 3 kg de peso», «*Depresión:* Preferiría tener una depresión que engordar 3 kg».



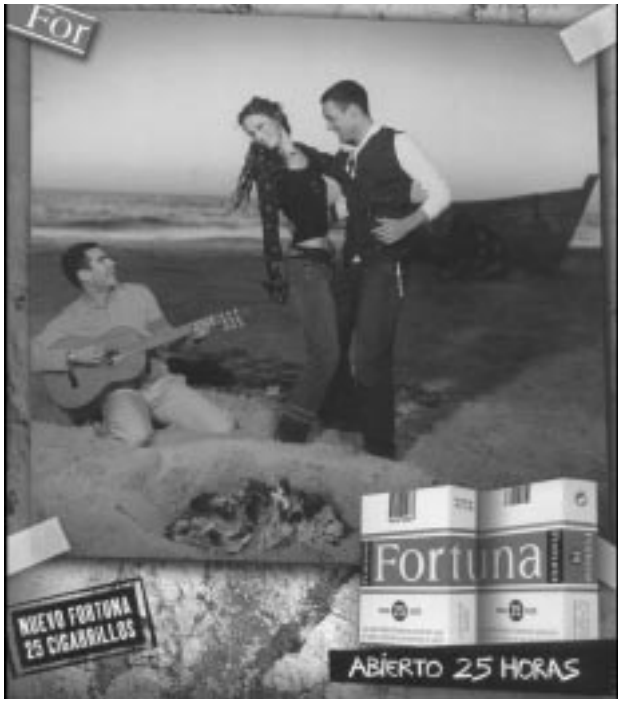


Figura 7. Ejemplos de anuncios de tabaco dirigidos fundamentalmente a un público femenino.

mayor consumo femenino. Esto es evidente, y el estudio de los documentos de la industria tabaquera muestra cómo las mujeres han sido durante muchos años un objetivo específico de la publicidad del tabaco[30]. Sin embargo, hay autores que piensan que actualmente también podría ocurrir lo contrario, el mayor consumo femenino (comparado con el masculino) podría no ser primariamente una consecuencia de la publicidad es-

pecíficamente dirigida a la mujer, sino que precisamente la publicidad se dirige más al público femenino porque alguna característica de las mujeres occidentales las hace más vulnerables a la experimentación con el tabaco y/o al mantenimiento de su consumo.

Sintomatología de abstinencia

Hay estudios que muestran que al dejar de fumar, muchas mujeres presentan una mayor intensidad en los signos y síntomas de abstinencia, especialmente en lo que se refiere al estado anímico[31,32] (p. ej., irritabilidad, depresión y mayor apetito). No sólo los síntomas son mayores, sino que responden peor al tratamiento farmacológico (fig. 8). Esto puede ser responsable de parte de los fracasos que se ven en mujeres en los diversos programas de tabaquismo, y puede exigir la aplicación de programas más personalizados y específicos.

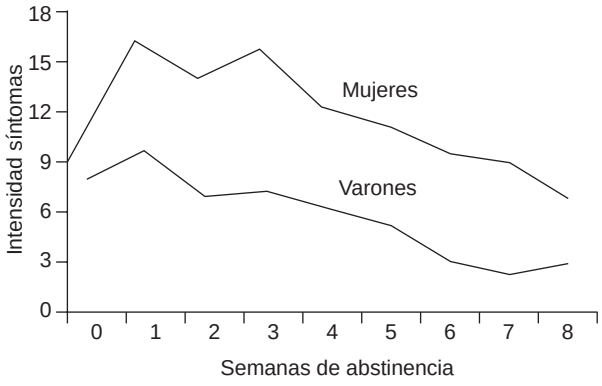


Figura 8. Evolución diferencial en varones y mujeres de la intensidad de la sintomatología de abstinencia a la nicotina en personas que utilizaban chicle de nicotina (Hatsukami et al, 1995)[31].

Implicaciones diagnósticas y terapéuticas

¿Es necesario un enfoque de género?

Enfoque de género implica reconocer que, por las circunstancias que sean, varones y mujeres se ven afectados de una manera distinta —y consecuentemente reaccionan también de un modo diferente— por un determinado problema. En el campo sanitario el enfoque de género permite un mejor diagnóstico —y por ello un mejor abordaje— de las circunstancias concretas que afectan a la salud, a la enfermedad, a la manera de enfrentarse a ellas y a las consecuencias que se derivan. El enfoque de género es especialmente relevante en los trastornos conductuales (donde se encuadran las adicciones), ya que, sea por circunstancias genéticas, hormonales o ambientales, es en la conducta donde mayores diferencias se observan entre mujeres y varones[1].

Cuando se asume que en un determinado campo no existe enfoque de género, lo que habitualmente ocurre es que inconscientemente predomina la visión o el sesgo natural de quienes han realizado el análisis. Así, muy frecuentemente, los estudios sobre salud en general, o sobre adicciones en particular, se han hecho con un enfoque inconsciente de género masculino, que es el que ha predominado a lo largo del desarrollo científico del siglo XX. En parte, esto viene también justificado porque, históricamente, la mayor parte de adicciones —también el tabaquismo— han afectado mayoritariamente a varones.

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

Objetivos del tratamiento en el tabaquismo[33]

Toda adicción es un trastorno conductual y, por ello, su tratamiento requiere modificar la conducta. Más que controlar el consumo directamente, se requiere dotar a la persona de una capacidad de control suficiente sobre las situaciones y decisiones que, consciente o automáticamente, le conducen al consumo. Este proceso no se consigue en días ni en semanas, requiere tiempo.

Muchas personas consiguen este cambio de conducta (dejar de fumar) sin necesidad de ayuda profesional. Otros, en cambio, necesitan para este proceso ayuda inespecífica y les son útiles consejos generales y patrones estándar de tratamientos farmacológicos. Por último, otras personas necesitan una ayuda más específica para lograr el cambio conductual.

Para conseguir este cambio, en el tratamiento del tabaquismo se dispone de recursos inespecíficos y específicos.

Recursos inespecíficos. Son aquellos que aumentan las probabilidades de que se dé el cambio de conducta sin entrenar al sujeto en una habilidad particular.

Recursos específicos. Son los que ayudan al paciente a enfrentarse o abordar unas circunstancias concretas.

Entre los recursos inespecíficos más frecuentemente utilizados en el tratamiento del tabaquismo se encuentran: *a)* aumento de la motivación; *b)* aumento del apoyo social; *c)* paliación de la sintomatología de abstinencia, y *d)* tratamiento farmacológico, sea con tratamiento de sustitución con nicotina (TSN) o con bupropión.

El objetivo primordial de utilizar recursos específicos es individualizar el tratamiento, lo que en un trastorno adictivo, con toda la historia personal que subyace, es especialmente relevante. Por ello, como se ha señalado en el artículo «El tabaquismo como trastorno adictivo», en el tratamiento de cualquier fumador que presente dificultades para dejarlo por sí mismo, es necesario:

— Conocer, reconocer y ser capaz de afrontar los estímulos que, a lo largo de los años, se han ido asociando a la conducta de fumar. No hay una forma unívoca de enfrentarse a un estímulo; haciendo uso de su bagaje personal cada uno debe desarrollar aquellas estrategias que le sean más convenientes.

— Conocer qué aporta la conducta de fumar a cada persona concreta y decidir cuáles son las mejores maneras posibles de sustituir esos «beneficios». Así, quien usa el tabaco como herramienta de afrontamiento de estados de ánimo negativos, debe desarrollar mecanismos alternativos para enfrentarse a ellos, ya que no van a desaparecer sólo por dejar de fumar; por el mismo motivo, si la nicotina se utiliza para paliar determinados déficit cognitivos, afectivos o de relación, se debe intentar encontrar sustitutivos químicos o ambientales adecuados.

— Valorar adecuadamente las dificultades que pueden encontrarse en el proceso de cambio, dificultades (psicológicas o culturales) que pueden variar la percepción de perjuicios y beneficios, y afectan indirectamente a la motivación del sujeto.

Por definición, los recursos inespecíficos pueden ser similarmente útiles en varones y en mujeres, aunque ello no implique que no existan diferencias; cada persona es muy diferente a la hora de ser motivada, la influencia y calidad de sus posibles apoyos puede ser muy distinta, y los efectos de una misma dosis de un fármaco pueden ser también variables.

Como varones y mujeres presentan diferentes patrones de estímulos asociados a la conducta de fumar y diferente valoración de las posibles consecuencias de la abstinencia, la aplicación de recursos específicos, fundamentalmente por realizar una individualización del tratamiento, se presta a la mejora de las tasas de abstinencia.

Distinta fucionalidad de la conducta

Como se ha señalado anteriormente, en todos los estudios realizados hasta el momento se encuentra que en las mujeres el primer motivo para fumar es la reducción del afecto negativo, mientras que en los varones, aunque importante, éste es un factor más entre otros. Esto puede deberse a que las mujeres son más propensas a presentar y/o a referir estados de ánimo negativos. Hay quien atribuye a este factor los peores resultados en las tasas de cesación del tabaquismo que se observan en los diversos ensayos clínicos. No obstante, también podría deberse a otros factores, no siempre tenidos en cuenta, como derivación a otras formas de consumo, diferencias en nivel socioeconómico y que las mujeres que hace 25-30 años fumaban, probablemente eran una muestra menos normalizada que la de varones que lo hacían.

También podría venir explicado parcialmente por la mayor sintomatología de abstinencia que presentan las mujeres en algunos estudios, en los que, además, existe una cierta correlación entre los síntomas de tensión premenstrual y los de abstinencia a la nicotina; de hecho, la sintomatología de ambos es bastante solapable: ansiedad, irritabilidad, depresión, disminución de la concentración, problemas de sueño, cambio de peso, etc.

Fumar asociado a estados de ánimo negativo es lo que en el test de Russell se denomina fumar *por sedación*. Dado que las mujeres fuman más frecuentemente por sedación que los varones, en el tratamiento del tabaquismo femenino es con frecuencia imprescindible abordar este aspecto. El test de Russell y su ampliación, el RAM, sobre estímulos asociados al consumo, el test de Bauer y Lichtenstein sobre percepción de dificultad de control, el test de estrés percibido, y cualquier test psiquiátrico, bien sea de cribado (Goldberg, BDI) o de diagnóstico (Hamilton, STAI), así como, de manera muy importante, los datos derivados de la historia clínica, sirven para determinar la relativa importancia de este factor y las diversas estrategias que se han de tener en cuenta a la hora de abordarlo.

Valoración diferente de las consecuencias

Las consecuencias de dejar de fumar pueden ser muy distintas en diferentes colectivos laborales: mientras que en algunos pueden ser bien vistas, en otros pueden implicar la pérdida de un símbolo muy importante de

identificación grupal. Esto hace que a estos últimos —en «igualdad de condiciones»— dejar de fumar les sea más costoso. Por ello, en control de tabaquismo es importante conseguir que la conducta de fumar no sea símbolo de pertenencia a ningún grupo o estatus.

De manera similar, las consecuencias derivadas de un posible incremento en el peso corporal son mucho mayores para las mujeres que para los varones, al menos en nuestra sociedad. Hay quien piensa que probablemente éste sea el principal factor responsable de los peores resultados que se encuentran con mujeres en algunos estudios; en su apoyo está que estas diferencias en cesación han mostrado ser específicas según culturas.

Consecuentemente, es relevante en toda mujer, y quizá también en los varones, analizar hasta qué punto el tabaco es utilizado cómo mecanismo de control del apetito o del peso, estudiar qué cantidad de peso se está dispuesta a ganar temporal o definitivamente, intentar reestructurar determinadas ideas desadaptativas al respecto (lo que es *lo normal*), y desarrollar, si es factible, estilos de vida más saludables, que incluyan más ejercicio y una alimentación más sana.

La preocupación por el incremento de peso no aconseja la utilización de dietas hipocalóricas en el tratamiento del tabaquismo de las mujeres (exceptuando aquellas cuyo trabajo se basa exclusivamente en su figura corporal), ya que reduce significativamente las posibilidades de éxito en la cesación del tabaquismo. Tampoco se aconseja la utilización de fármacos anorexígenos. La terapia farmacológica utilizada en el tratamiento del tabaquismo disminuye la ganancia de peso mientras que su uso continúa; esto es una ventaja psicológica añadida de estos fármacos.

Conclusiones

Aunque el tabaco afecta de forma similar a varones y a mujeres, las diversas razones por las que fuman y su importancia en la conducta adictiva no tiene porqué ser similar en ambos sexos. No abordar las especificidades de las mujeres puede tener un coste significativo, reflejado en la menor eficacia de las campañas preventivas y/o de los tratamientos de cesación[34].

En la actualidad, se dispone de intervenciones útiles para tratar el tabaquismo en mujeres. Tanto los tratamientos farmacológicos como los tratamientos conductuales eficaces en varones, son eficaces también en mujeres. El hecho que estos tratamientos aumenten las tasas de cesación respecto al placebo no implica que sean los que más adecuadamente se ajusten a las características y necesidades de las pacientes[35].

Entre los componentes específicos de género que pueden ser especialmente relevantes, tanto en la prevención como en el tratamiento del tabaquismo femenino, se encuentran aquellos que hacen énfasis en la gestión del propio estilo de vida, en la percepción y afrontamiento del estrés y en la repercusión del control del peso corporal[36].

Bibliografía

1. De la Rosa L, Otero M. Mujer y tabaco. Cardiovasc Risk Factors 2003;4:245-55.
2. Observatorio Español sobre Drogas. Informe n.º 5. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 2002; p. 23-4.
3. Joosens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Rev Esp Salud Pública 1999;73:3-11.
4. Joosens L. Some like it light. Informe Europeo para el Congreso «Tabaco y Mujer». Bruselas: ENSP, 1998.
5. Department of Health and Human Services. Women and smoking. A report of the Surgeon General. Washingtomn DC: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, 2001.
6. Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. Rev Esp Salud Pública 2000;74:13-23.
7. Ernster V, Kaufman N, Nichter M, Samet J, Yoon SY. Women and tobacco: moving from policy to action. Bull WHO 2000;78:891-901.
8. Alonso Viteri A. Enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco en la mujer. Prev Tab 2001;3:161-4.
9. Ayesta FJ, De la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? Prev Tab 2001;3:155-60.
10. Jané M, Pardell E, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. Prev Tab 2001;3:147-54.
11. Chollat-Traquet CM. Porqué las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo. En: Mujer y tabaco. Geneva: WHO, 1992; p. 57-73.
12. Gilbert DG. Gender differences in tobacco use and effects. En: Smoking: individual diferences, psychopathology and emotion. Washington DC: Taylor & Francis, 1995; p. 177-91.
13. Pommerleau CS. Issues for women who wish to stop smoking. En: Seidman DF, Covey LS, editors. Helping the hard-core smoker. A clinician guide. London: LEA Publ., 1999; p. 73-91.
14. Tsoh JY, Humfleet GL, Munoz RF, Reus VI, Hartz DT, Hall SM. Development of major depression after treatment for smoking cessation. Am J Psychiatry 2000;157:368-74.
15. Covey LS. Nicotine dependence and its associations with psychiatric disorders: research evidence and treatment implications. En: Seidman DF, Covey LS, editors. Helping the hard-core smoker. A clinician guide. London: LEA Publ., 1999; p. 23-50.

16. Borrelli B, Bock B, King T, Pinto B, Marcus BH. The impact of depression on smoking cessation in women. Am J Prev Med 1996;12:378-87.
17. Balfour DJK. The influence of stress on psychopharmacological responses to nicotine. Br J Addiction 1991;86:489-93.
18. Pomerleau OF, Pomerleau CS. Research on stress and smoking: progress and problems. Br J Addiction 1991;86:599-603.
19. Gilbert DG. Gender differences in tobacco use and effects. En: Smoking: individual diferences, psychopathology and emotion. Washington DC: Taylor & Francis, 1995; p. 177-91.
20. Ayesta FJ. Tabaco y peso corporal. Prev Tab 2000;2:148-50.
21. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. N Engl J Med 1991;324:739-45.
22. Klesges RC, Winders SE, Meyers AW, Eck LH, Ward KD, Hultquist CM, et al. How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence. J Consult Clin Psychol 1997;65:286-91.
23. Crawford D, Campbell K. Lay definitions of ideal weight and overweight. Int J Obes Relat Metab Disord 1999;23:738-45.
24. Becoña E, Vázquez FL. Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment at 3-year follow-up. Psychol Rep 1998;82:999-1005.
25. O'Hara P, Connett JE, Lee WW, Nides M, Murray M, Wise R. Early and late weight gain following smoking cessation in the Lung Health Study. Am J Epidemiol 1998;148:821-30.
26. De la Rosa L, Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ. Smoking and body weight concerns in young women. En: Varma AK, editor. Tobacco counters health. II. New Delhi: MacMillan, 2002; p. 159-63.
27. Ayesta FJ, Fuentes-Pila MJ, Cortijo C. Tobacco ads target mainly at women in Spain. En: Varma AK, editor. Tobacco counters health. New Delhi: MacMillan, 2000; p. 80-3.
28. Amos A, Bostock C, Bostock Y. Women's magazines and tobacco in Europe. Lancet 1998;352:786-7.
29. Banco Mundial, informe de 1999. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington DC: Organización Panamericana de Salud, 2000.
30. ASH. Big tobacco and women... what the tobacco industry's confidential documents reveal. London: ASH, 1998.
31. Hatsukami D, Skoog K, Allen S, Bliss R. Gender and the effects of different doses of nicotine gum on tobacco withdrawal symptoms. Exp Clin Psychopharmacology 1995;3:163-73.
32. Hughes JR, et al, editors. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Am J Psychiatry 1996;153(Suppl 10).
33. Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ. El tabaquismo como adicción. Cardiovasc Risk Factors 2003;4:222-34.
34. Plaza Martín MD. Prevención y tratamiento del tabaquismo en la mujer. Prev Tab 2001;3:165-70.
35. Christofides N. How to make policies more gender-sensitive. En: Samet J, Yoon SY, editors. Women and the tobacco epidemic. Geneva: The World Health Organization, 2001; p. 165-76.
36. Greaves L, Barr V. Filtered policy: women and tobacco in Canada. Winnipeg: Canadian women's health network, 2000.