

¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres?

F.J. Ayesta, L. de la Rosa

Unidad de Tabaquismo, Universidad de Cantabria.

En la actualidad, en prácticamente todos los países de la Europa Occidental, así como en Estados Unidos y Canadá, y en Australia y Nueva Zelanda, se observan dos constantes en los patrones de consumo tabáquico^{1,2}: 1) por un lado, las mujeres cercanas a los 40 años tienden a dejar el tabaco en una menor proporción que los varones de la misma edad; 2) por otra parte, las adolescentes fuman en mayor proporción que los adolescentes varones. Esto hace que en determinadas cohortes de edad, fumar haya pasado a ser una actividad predominantemente femenina^{3,4}.

La cuestión a la que se pretende contestar en el presente artículo no es por qué ahora las mujeres fuman *tanto* como los hombres –que podría ser debido, entre otras cosas, al proceso de conquista de la igualdad–, sino por qué hoy en día las mujeres de mediana edad encuentran más dificultad o menor motivación para dejar el consumo tabáquico y por qué las niñas y adolescentes empiezan a fumar casi en un 50% más que sus coetáneos varones⁵.

No se sabe a ciencia cierta la respuesta a esta o estas preguntas. Entre las razones que se han esgrimido para explicar este fenómeno se encuentran^{6,7}:

1. LA PUBLICIDAD

El primer factor que puede influir en el mayor consumo femenino actual es la publicidad. El análisis de las características intrínsecas⁸⁻⁹ y extrínsecas¹⁰ de los anuncios de tabaco muestra que la población femenina es el público

diana de una mayoría de éstos. Dado que actualmente está fuera de toda duda razonable que la publicidad influye en el consumo¹¹, ésta podría ser responsable del 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 tabaco¹². 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 específicamente 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 al comienzo y/o al mantenimiento del consumo tabáquico⁹.

2. ASOCIACIÓN CON ESTADOS DE ÁNIMO NEGATIVOS

Cuando se analiza las diferencias en la conducta tabáquica entre mujeres y varones, se observa que en general ésta es muy similar, encontrándose diferencias solamente en dos aspectos^{13,14}: 1) en líneas generales, los varones tienden a estar hiperrepresentados en el grupo de grandes fumadores (los que fuman más de 30 cigarrillos/día); 2) en general, las mujeres tienden a fumar más por el componente “sedación” y menos por el componente “estimulación”. Se denomina componente sedación a la asociación de la conducta de fumar con estados de ánimo negativos (tristeza, ansiedad, soledad, incertidumbre,...) (Figura 1).

a) Fumar y depresión

Algunos fumadores refieren que fumar les mejora la depresión y otros trastornos afectivos; de hecho, algunas

Correspondencia: F. Javier Ayesta. Universidad de Cantabria. C/ Herrera Oria s/n 39011 Santander.

Recibido: 7 de junio de 2001. *Aceptado:* 18 de junio de 2001
[Prev Tab 2001; 3(3): 155-160]



FIGURA 1. Ejemplos de publicidad de tabaco dirigidos fundamentalmente a mujeres en los que se asocia fumar con estados de ánimo negativos, como pueden ser: a) frustración afectiva; b) insatisfacción sexual; c) aburrimiento.

personas presentan episodios depresivos al dejar de fumar¹⁵⁻¹⁷. Por otro lado, algunos de los efectos neuroquímicos de la nicotina (como liberación de monoaminas cerebrales) se asemejan a los de los antidepresivos¹⁸. Epidemiológicamente, hoy en día se sabe que las personas depresivas fuman más que las no depresivas, y que las personas que fuman más tienen más posibilidades de tener depresión¹⁶⁻¹⁷. Dado que los trastornos depresivos son más prevalentes en el sexo femenino¹⁸⁻¹⁹, un pequeño porcentaje de la mayor prevalencia de tabaquismo en mujeres podría venir explicado por este factor.

b) 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^{18,21}. 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 en día no se admite que el tabaco sea ansiolítico, sino que más bien se considera que muy probablemente sea todo lo contrario, ansiogénico, y 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)^{22,23}.

En general, las mujeres están más preparadas que los varones para afrontar el estrés crónico; de hecho, padecen

menos “síndrome del quemado”⁶. Aún así, la presencia de 1) más cantidad de trabajo, 2) mayor sensibilidad o mayores expectativas y/o 3) mayores dificultades, puede hacer que se vean sometidas a un mayor nivel de estrés crónico que sus compañeros varones²⁴.

1) 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 ni en los matrimonios ni en otros tipos de parejas heterosexuales se comparten al 50% las tareas del hogar. La revista “Time” publicó hace unos 5 años un estudio en el que a los componentes de una serie de parejas se les preguntaban si compartían las tareas del hogar al 50%: mientras que la mitad de los varones dijeron que sí, sólo el 10% de las mujeres de esas mismas parejas refirió que las tareas del hogar eran compartidas al 50%. Aquí se observa una distorsión en la percepción de los hechos por parte de alguno de los sexos; no suele haber especiales dificultades para reconocer en cuál. Esto ocurre en un país en el que existe una mayor preocupación y presión social por este tema que en el nuestro.

Además, aunque las tareas del hogar se compartieran al 50%, lo más frecuente es que la preocupación del hogar la lleve siempre o casi siempre la mujer: quien tiene en cuenta si la nevera está casi vacía es ella habitualmente, aunque después quizá consiga que sea él quien vaya a comprar; ella suele ser quien está pendiente de si se necesita

hacer la colada para mañana, aunque igual consigue que él ponga la lavadora; quien se considera responsable de que el niño no falte al día siguiente a la cita con el alergólogo suele ser ella, etc. Esta preocupación por el hogar hace que, aunque se compartan las tareas al 50% (cosa que no ocurre), la mujer suele disponer 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 (madres separadas o solteras con niños pequeños, p. ej.) fuman: es muy raro encontrarse con una mujer en esa situación que no fume⁶.

2) Mayor sensibilidad y expectativas

Las mujeres jóvenes y de mediana edad presentan una serie de expectativas asumidas (independientemente de que sean más o menos impuestas) que muy frecuentemente son mayores que aquellas con las que cargan sus compañeros varones. Esto se puede observar sobre todo en el campo familiar y en el estético.

En relación con las expectativas familiares (sean éstas auto-impuestas 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, teniendo una mayor o menor sensación de culpa por ello. Es relativamente frecuente oír decir a una mujer expresiones como “tendría que estar más tiempo en casa, porque el pequeño empieza a resentirse en sus estudios o en su conducta; con la mayor no pasaba, pero con éste sí”. Frases como ésta o similares rara vez se escuchan en la boca de un varón, probablemente por una menor sensibilidad para el diagnóstico de la situación²⁴.

Por otra parte, el hecho de que la vida afectiva de las mujeres presente una mayor riqueza de registros que la de los varones, puede dar lugar a una mayor sensación de frustración afectiva cuando las relaciones de pareja se basan fundamentalmente en la relación sexual o cuando las expectativas afectivas –en vez de basarse en lo (poco) que realmente se puede esperar de los varones– se basan más bien en la idealización romántica que puede derivarse de determinadas artes menores (como ciertas novelas, películas o anuncios).

3) Mayores dificultades

Aparte de la posible existencia de un “techo de cristal” en algunas profesiones y/o de la existencia de un sistema de códigos no verbales que no se transmite 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: mientras que a los varones, por el mero hecho de serlo, se les supone que valen (y en todo caso deben demostrar que no sirven), las mujeres perciben que pueden ser consideradas de valía, pero que previamente deben demostrarlo. Trabajar en lugares en que esto pueda ser cierto implica un mayor estrés laboral, ya que sería como un estar jugándose continuamente la titularidad²⁵.

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 o pertenecientes a minorías raciales o mujeres discapacitadas) son más propensas a fumar⁶.

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 ellos¹³. Esto podría hacerla más difícil de desarraigar, sobre todo si no se desarrollan alternativas.

3. 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. Sin despreciar la importancia de las situaciones de mayor estrés crónico anteriormente expuestas, muy probablemente la cuestión del peso corporal (sobre todo, su posible incremento después de fumar) sea el factor más importante de los que subyacen en el actual incremento del consumo de tabaco por parte de la mujer occidental^{2,26}.

En general, se observa 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^{27,28}. El patrón corporal que se adquiere con este incremento de peso es más fisiológico, ya que disminuye el índice cintura/cadera lo que disminuye el riesgo de accidente vascular^{29,30}. No obstante, lo de “volver a su peso” es un tema no fácilmente asimilable por muchas personas, dado que “mi peso” suele identificarse con “el peso que me gustaría tener” y que 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^{26,31}.

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 España³²), pero es bastante difícil evitarlo¹⁸: 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 kg³³. Esto último se debe probablemente a una desviación hacia la comida de los mecanismos habituales de enfrentamiento al estrés³⁴.

Una ganancia de peso de 3-4 kg en una mujer es objetivamente muy importante: la distribución femenina de la grasa hace que los incrementos de peso se noten más a nivel de 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. Este hecho, unido a que las mujeres tienden a vestir ropas más ceñidas, 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 pueda representar -en el caso femenino- la renovación, total o parcial, de un armario²⁶.

Una ganancia de peso de 3-4 kg en una mujer es subjetivamente muy importante: cuando en nuestras exposiciones sobre este tema se pregunta a mujeres jóvenes de mediana edad cuál creen que debería ser su peso ideal, una gran mayoría refiere el que corresponde a un índice de masa corporal (IMC) de 20-21. Si anteriormente se aludía en este artículo a la existencia de una distorsión en la percepción de los varones acerca de su colaboración en las tareas del hogar, en este caso puede hablarse de una distorsión en la percepción de muchas mujeres acerca de cuál debería ser su peso ideal³¹, ya que, dependiendo de la estructura corporal propia, es absolutamente normal un IMC entre 20 y 25 (para las menores de 34 años) y entre 22 y 27 (para las mayores de esta edad); sin embargo, muchas personas con IMC de 22 ó 23 tienen la sensación de que “les sobran 2 ó 3 kg”. En un estudio en el que a los estudiantes de 2º y 3º de Medicina de la Universidad de Cantabria se les preguntaba cuál consideraban que debía ser su peso (Figura 2), se observa que la mayoría de los varones (97%) considera que su peso ideal debe estar entre 20 y 25, siguiendo una distribución gaussiana con una media de 23. Por el contrario, el peso que el 100% de las chicas considera como ideal corresponde a un IMC entre 18 y 22; es más, un 57% considera que su IMC debe estar por debajo de 19.5. Si bien un IMC de 19 puede ser considerado normal en menores de 34 años, un IMC entre 17.5 y 18.9 (“ideal” para el 30%) es, desde el punto de vista epidemiológico, patológico. Estos resultados son más llamativos, porque teóricamente las estudiantes universitarias tendrían más posibilidades de basar su autoestima en otros aspectos de su persona que no sean

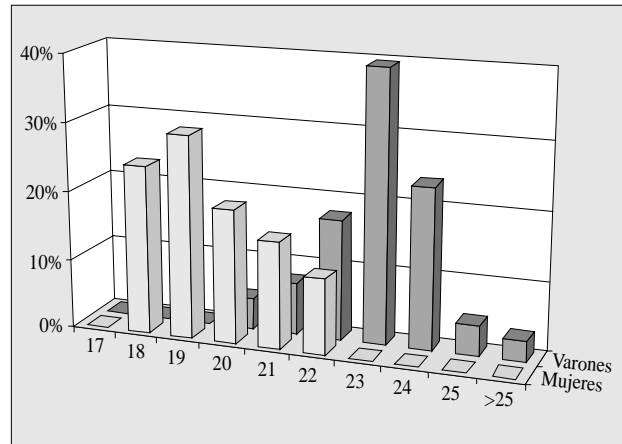


FIGURA 2. Índice de masa corporal (peso/altura²: kg/m²) propio que los alumnos de Medicina de la Universidad de Cantabria consideran que es el que deberían tener.

su imagen corporal (como el poseer un mayor nivel cultural, una personalidad más secundaria o una mayor capacidad de posponer gratificaciones)^{6,35}.

Los estudios muestran que las adolescentes preocupadas por su peso, o que hacen dietas, fuman más^{36,37} y que, por otro lado, las mujeres preocupadas por su peso dejan de fumar menos, pasándose más frecuentemente a los cigarrillos *light*^{38,39}. En el lenguaje habitual “light” es lo bajo en calorías, que te ayuda a no engordar; en el área del tabaco el *marketing* de las marcas *light* ha sido algo dirigido fundamentalmente a mujeres y sobre todo a mujeres con miedo a engordar al dejar de fumar¹². En la Unión Europea, por ejemplo, el tabaco *light* es un tabaco predominantemente femenino (en una proporción aproximada de 2 a 1), cuya prevalencia de consumo se incrementa de acuerdo a la edad de las consumidoras: lo fuman un 36% de las mujeres entre 15 y 24 años, un 48% de las de 25 a 44 años y un 60% de mayores de 45 años¹.

El análisis de la publicidad de tabaco permite comprobar cómo, aparte de la promoción de marcas *light*, algunas campañas –como la de “sabor latino” de Ducados o la de “the Chesterfield experience”– utilizan como reclamo publicitario el factor peso corporal⁸⁻⁹.

Dada la excesiva importancia que en nuestra sociedad se da al poseer una figura estilizada (Figura 3) –recogida en publicaciones como “Hambre a la moda” de Mary Pipher o “El diario de Bridget Jones” de Helen Fielding–, hay autores que piensan que muy probablemente ésta sea la principal razón que explica la cada vez mayor desproporción existente en el consumo de tabaco entre los dos sexos^{40,2,26}.

Aunque todavía no se sabe a ciencia cierta por qué actualmente las mujeres fuman más, los tres factores ana-



FIGURA 3. Diferencias en las representación de las imágenes masculinas y las femeninas: puede observarse que, mientras las figuras masculinas son relativamente normales o asequibles, las femeninas son irreales e inalcanzables; a) página de moda de un suplemento semanal; b) anuncio de bebida alcohólica; c) anuncio de teléfono móvil.



lizados en el presente artículo (la publicidad, los estados de ánimo negativo y el peso corporal) parecen subyacer como causas de este fenómeno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joosens L. Some like it light. Informe Europeo para el Congreso "Tabaco y Mujer". París, noviembre 1998.
2. 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.
3. Ernster V, Kaufman N, Nichter M, Samet J, Yoon SY. Women and tobacco: moving from policy to action. Bull WHO 2000; 78: 891-901.
4. Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 13-23.
5. Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 3, marzo 2000, Ed. Plan Nacional sobre Drogas, p. 20-21.
6. Chollat-Traquet CM. Porqué las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo. En: Mujer y tabaco. Ginebra: WHO; 1992. p. 57-73.
7. Solomon LJ, Flynn BS. Women who smoke. En Orleans CT & Slade J (eds). Nicotine addiction: principles and management. New York: Oxford University Press; 1993. p. 339-349.
8. Ayesta FJ, Castillo. Playing or not with the weight factor, most of them seem targeted to women. Comunicación, 2nd European Conference SRNT, London; 1999.
9. Ayesta FJ, Fuentes-Pila MJ, Cortijo C. Tobacco ads target mainly at women in Spain. En Varma AK (ed). Tobacco counters health. New Delhi: Macmillan; 2000. p. 80-83.
10. Amos A, Bostock C, Bostock Y. Women's magazines and tobacco in Europe. Lancet 1998; 352: 786-787.
11. Informe de 1999 del Banco Mundial. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington DC: Organización Panamericana de Salud; 2000.
12. ASH. Big tobacco and women... what the tobacco industry's confidential documents reveal. London: ASH; 1998.

13. Gilbert DG. Gender differences in tobacco use and effects. En Smoking: individual differences, psychopathology and emotion. Washington DC: Taylor & Francis; 1995. p. 177-191.
14. Pomerleau CS. Issues for women who wish to stop smoking. En Seidman DF & Covey LS (eds), Helping the hard-core smoker. A clinician guide. London: LEA Publ.; 1999. p. 73-91.
15. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Hughes JR y col. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Am J Psychiatry 1996; 153: 10 Supp.
16. Covey LS. Nicotine dependence and its associations with psychiatric disorders: research evidence and treatment implications. En Seidman DF & Covey LS (eds), Helping the hard-core smoker. A clinician guide. London: LEA Publ.; 1999. p. 23-50.
17. 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: 368-374.
18. Ayesta FJ. Farmacología de la nicotina. En Jiménez Ruiz CA (ed) Aproximación al tabaquismo en España: un estudio multifactorial. Barcelona: Pharmacia Upjohn; 1997. p. 51-65.
19. 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: 378-387.
20. Borrelli B, Marcus BH, Clark MM, Bock B, King T, Roberts M. History of depression and subsyndromal depression in women smokers. Addict Behav 24: 781-794.
21. Bergen AW, Caporaso N. Cigarette smoking. J Natl Cancer Inst 91: 1365-1375.
22. Balfour DJK. The influence of stress on psychopharmacological responses to nicotine. Br J Addiction 1991; 86: 489-493.
23. Pomerleau OF & Pomerleau CS. Research on stress and smoking: progress and problems. Br J Addiction 1991; 86: 599-603.
24. Haaland Matlary J. El tiempo de las mujeres. Notas para un nuevo feminismo. Madrid: Rialp; 2000.
25. Bray RM, Fairbank JA, Marsden ME. Stress and substance abuse among military women and men. Am J Drug Alcohol Abuse 1999; 25: 239-256.
26. Ayesta FJ. Tabaco y peso corporal. Prev Tab 2000; 2: 148-150.
27. 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: 739-745.
28. Klesges RC, Winders SE, Meyers AW, Eck LH, Ward KD, Hultquist CM, Ray JW, Shadish WR. 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: 286-291.
29. Freeman DJ, Packard CJ. Smoking and plasma lipoprotein metabolism. Clin Sci 1995; 89: 333-342.
30. Shimokata H, Muller DC, Andres R. Studies in the distribution on body fat. II. Effects of cigarette smoking. JAMA 1989; 261: 1169-1173.
31. Crawford D, Campbell K. Lay definitions of ideal weight and overweight. Int J Obes Relat Metab Disord 1999; 23: 738-745.
32. 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.
33. 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: 821-830.
34. Swan GE, Camelli D. Characteristics associated with excessive weight gain after smoking cessation in men. Am J Public Health 1995; 85: 73-77.
35. Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? Am J Public Health 1996; 86: 225-230.
36. Tomeo CA, Field AE, Berkey CS, Colditz GA, Frazier AL. Weight concerns, weight control behaviors, and smoking initiation. Pediatrics 1999; 104: 918-924.
37. Crisp A, Sedgwick P, Halek C, Joughin N, Humphrey H. Why may teenage girls persist in smoking? J Adolesc 1999; 22: 657-672.
38. Kozlowsky LT, Goldberg ME, Yost BA, White EL, Sweeney CT, Pillitteri JL. Smokers' misconceptions of light and ultralight cigarettes may keep them smoking. Am J Prev Med 1998; 15: 9-16.
39. Pomerleau CS, Zucker AN, Stewart AJ. Characterizing concerns about post-cessation weight gain: results from a national survey of women smokers. Nicotine Tob Res 2001; 3:51-60.
40. Califato JA. The wrong way to stay slim. N Eng J Med 1995; 333: 1214-1216.