

El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal

I. Nerín

Unidad de Tabaquismo. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Hace poco más de 10 años López et al¹ publicaron su modelo epidemiológico, en el que establecían los diversos estadios que atraviesa una población cuando se introduce el consumo de tabaco. Este modelo ha resultado de mucho interés al poner de manifiesto, entre otras cosas, cómo se extiende la epidemia del consumo de tabaco en una población según el género y las consecuencias que tiene sobre la salud en ambos sexos. Merece la pena recordar, al principio de este texto, las diferencias entre ambos términos: género y sexo. El concepto de género es una construcción cultural² en la que influye el contexto social de cada momento, mientras que el sexo está determinado biológicamente: con el sexo se nace; el género se hace. Pues bien, el consumo de tabaco en la mujer ha tenido un claro componente de género sin el que es difícil comprender el pasado reciente y el futuro inmediato.

La mujer se incorpora al consumo de tabaco más tarde que el varón, condicionada por factores socioculturales relacionados con su incorporación al mundo laboral y el movimiento de igualdad de derechos³⁻⁵, aspecto amplia y hábilmente utilizado por la industria tabacalera. Baste un ejemplo: a finales de los años sesenta, de manera poco casual, Philips Morris lanzó al mercado una marca de cigarrillos destinada a las mujeres, cuyo eslogan publicitario, “Has recorrido un largo camino, pequeña”, relacionaba el consumo del producto con todo el movimiento de liberación propio de esa década⁶. En España, en la década de los setenta, la industria tabacalera, además de utilizar el mensaje de la igualdad en la publicidad de tabaco, lanzó marcas específicas para las mujeres y bajó los precios^{7,8}. Todo ello, junto con la equiparación social y el mayor poder adquisitivo, facilitó la extensión de la epidemia entre las mujeres españolas.

Hoy día en España fuma el 27% de las mujeres⁹, dato que resulta engañoso al incluir todos los rangos de edad. Precisamente por la influencia que tiene (y ha tenido) el contexto sociocultural en la incorporación de la mujer al consumo de tabaco, apenas un 2% de las mujeres españolas mayores de 65 años fuman, mientras que

el 43,5% de las mujeres entre 25 y 44 años son fumadoras⁹. Un dato más que apoya también la influencia del contexto es la marcada diferencia que existe en la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres de países en desarrollo (8%) y las de países desarrollados (15-22%), en alguno de los cuales es superior a la de los varones^{5,6}.

El modelo epidemiológico de López et al muestra también que las consecuencias en la salud de fumar cigarrillos se producen más tarde en las mujeres que en los varones, debido a la diferente cronología en el consumo¹⁰. Estas diferencias de género han condicionado que las enfermedades producidas por el tabaco hasta hace poco tiempo hayan sido mayoritariamente “cosa de hombres”. Incluso durante un tiempo se llegó a pensar que las mujeres podían presentar cierta inmunidad o efecto protector hacia las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, dada la escasa prevalencia que presentaban.

En efecto, el hecho de que las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco se hayan dado mayoritariamente en varones planteaba que las mujeres podían estar a salvo, aspecto también explotado por la industria tabacalera. Una vez que se había logrado popularizar el consumo entre las mujeres, utilizando los mensajes publicitarios de libertad e independencia, la industria lanzó el tabaco *light*, destinado también al colectivo femenino, como una opción “más saludable” para las mujeres^{11,12}. La normativa europea que prohíbe cualquier denominación *light* en labores de tabaco ha “igualado” la oferta para ambos una vez más. En cualquier caso, el patrón de consumo es diferente entre varones y mujeres. La mayoría de los estudios describen un número inferior de cigarrillos/día y un grado de dependencia a la nicotina menor en las mujeres¹³⁻¹⁵. Todo ello ha contribuido a transmitir la percepción de que la mujer es “un fumador” de menor riesgo. Nada más lejos de la realidad a la vista de los datos de los países en los que el tabaquismo femenino se inició años atrás.

La mayoría de los estudios epidemiológicos del siglo xx mostraron que enfermedades como el cáncer de pulmón o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) eran casi exclusivas del varón. Pero las cosas han cambiado. La prevalencia de tabaquismo en la mujer se ha incrementado en los países desarrollados y ello ha condicionado cambios en las enfermedades¹⁶. El cáncer de pulmón ha pasado de ser una enfermedad de va-

Correspondencia: Dra. I. Nerín.
Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Edificio B.
Domingo Miral, s/n. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: isabelne@unizar.es

Recibido: 17-2-2005; aceptado para su publicación: 1-3-2005.

NERÍN I. EL TABAQUISMO EN LA MUJER: UNA ATRACCIÓN FATAL

rones durante el siglo xx a constituir lo que se ha definido como una epidemia contemporánea en las mujeres del siglo XXI. En EE.UU., donde las mujeres empezaron a fumar antes que las mujeres españolas, la mortalidad por cáncer de pulmón ha aumentado un 600% en los últimos 50 años¹⁷. Como resultado de este rápido incremento, ha pasado a ser la primera causa de muerte por cáncer entre las estadounidenses y desde el año 1987 fallecen más mujeres por cáncer de pulmón que por cáncer de mama^{18,19}. Al igual que en los varones, en las mujeres la mayoría de los cánceres de pulmón (85-90%) están causados por el tabaco¹⁷.

Es un tema controvertido si existe o no una mayor susceptibilidad en la mujer para desarrollar esta neoplasia^{20,21}, aunque un estudio reciente concluye que el riesgo es el mismo dado un mismo grado de exposición al humo del tabaco²². Sin embargo, existen importantes diferencias en la propia enfermedad: el adenocarcinoma es mucho más frecuente en las mujeres y parece que tienen una mejor supervivencia después de la resección quirúrgica en estadios iniciales¹⁸. Puesto que la mayoría de los estudios sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer de pulmón han excluido a las mujeres, es una cuestión que debe investigarse en un futuro¹⁸.

En cuanto a la EPOC, también en el pasado la mayoría de los estudios demostraban una mayor prevalencia y mortalidad entre los varones²³. Aunque existen múltiples estudios²⁴ que establecen una mayor susceptibilidad en la mujer a los efectos del humo del tabaco sobre la función pulmonar, el papel del sexo como factor de riesgo de EPOC es aún incierto²⁵. Los datos más recientes de países desarrollados demuestran que la prevalencia de EPOC es casi igual en varones y mujeres, lo que probablemente refleja los cambios en el consumo de tabaco²⁵. En países como Canadá, en el rango de edad de 55 a 74 años, la EPOC es ya más frecuente en mujeres²⁶. Este hecho ha llevado a pensar que la EPOC, como la osteoporosis, llegará a ser en un futuro próximo una enfermedad de mujeres mayores²⁷.

Pero todavía hoy, para la mayoría de los médicos, el término EPOC evoca la imagen de un varón mayor, disneico y fumador. Esto ha contribuido a que exista un claro sesgo de género ante la presencia de un patrón obstructivo en la mujer, que se traduce en la práctica clínica en una cierta resistencia a diagnosticarla de EPOC, con las consecuencias que esto comporta²⁸. Este sesgo de género en el diagnóstico no es exclusivo de la enfermedad respiratoria y ha sido recogido por otros autores a propósito de otras enfermedades relacionadas con el tabaco (p. ej., la cardiopatía isquémica)^{29,30}.

En España, la prevalencia de EPOC en los varones es del 14,3%, y en las mujeres, del 3,9%³¹, cifras que reflejan fielmente las características del estadio III del modelo epidemiológico de López et al¹ en el que se encuentra nuestro país en la actualidad. En dicho estadio la prevalencia empieza a disminuir entre los varones, es máxima en las mujeres y las consecuencias sobre la salud por enfermedades relacionadas se dan fundamentalmente en el varón. En España, el cáncer de pulmón sigue siendo la principal causa de muerte atribuible al tabaco en los varones, pero es ya la segunda causa de

muerte atribuible al tabaco en las mujeres, por detrás de la EPOC, habiendo superado a la enfermedad cerebrovascular³².

Estudios epidemiológicos recientes muestran que mientras el consumo de tabaco descende progresivamente entre los varones, continúa incrementándose en las mujeres^{33,34}. España, al igual que otros países industrializados como EE.UU., Dinamarca, Alemania y Canadá, presenta por primera vez un porcentaje de mujeres fumadoras superior al de varones en el rango de edad de 16 a 24 años (el 43 frente al 41%)^{6,9}. Los ya clásicos trabajos sobre mortalidad realizados en nuestro país muestran por primera vez un rápido incremento de muertes atribuibles al consumo de tabaco en las mujeres a finales del siglo xx³⁵. Durante años el interés por el tabaquismo femenino se centró principalmente en las consecuencias sobre la fertilidad³⁶. Sin restar importancia al tema del embarazo, desgraciadamente la salud de las propias mujeres está pasando a un primer plano en relación con el tema del tabaco.

A día de hoy está claro que la igualdad de derechos incorporó equivocadamente también la igualdad de consumos. Si las mujeres fuman igual que los varones, enfermarán igual que los varones. Es necesario poner en marcha de manera inmediata políticas de prevención y control cuya población objetivo sea el colectivo femenino para disminuir las consecuencias de esta fatal atracción que es la adicción a la nicotina.

BIBLIOGRAFÍA

- López AD, Collishaw NE, Pihl T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*. 1994;3:242-7.
- De Beauvoir S. *El segundo sexo*. Madrid: Aguilar; 1981.
- Nerín de la Puerta I, Jané Checa M. I Encuentro Nacional de Mujeres en Apoyo al Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Prev Tab*. 2003;5:151-8.
- Christen AG, Christen JA. The female smoker: from addiction to recovery. *Am J Med Sci*. 2003;326:231-4.
- Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology*. 2003;8:123-30.
- Richmond R. You've come a long way baby: women and the tobacco epidemic. *Addiction*. 2003;98:553-7.
- Shafey O, Fernández E, Thun M, Schiaffino A, Dolwick S, Cokkinides V. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982-1997. *Cancer*. 2004;100:1744-9.
- López Nicolás A. How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish National Health Survey. *Health Econ*. 2002;11:521-35.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Avance de resultados sobre hábitos de vida: tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- Amos A. Women and smoking. *Br Med Bull*. 1996;52:74-89.
- Joossens L, Sasco A. La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Bruselas: Red Europea de Prevención del Tabaquismo; 1999.
- Ernst V, Kaufman N, Nichter M, Farnham J, Yoon SY. Women and tobacco: moving from policy to action. *Bull WHO*. 2000;78:891-901.
- Boyle P, Gandini S, Robertson C, Zatonski W, Fagerström K, Slama K, et al. Characteristics of smokers' attitudes towards stopping. *Eur J Public Health*. 2000;10:5-14.
- Nerín I, Crucelaegui A, Mas A, Guillén D. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2003;39:298-302.
- Etter JF, Prokhorov V, Perneger TV. Gender differences in the psychological determinants of cigarette smoking. *Addiction*. 2002;97:733-43.

NERÍN I. EL TABAQUISMO EN LA MUJER: UNA ATRACCIÓN FATAL

16. Bolego C, Poli A, Paoletti R. Smoking and gender. *Cardiovasc Res.* 2002;53:568-76.
17. US Department of Health and Human Services. Women and smoking. A report of the Surgeon General. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
18. Patel JD, Bach PB, Kris MG. Lung cancer in US women. A contemporary epidemic. *JAMA.* 2004;291:1763-8.
19. Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer statistics, 2003. *CA Cancer J Clin.* 2004;54:8-29.
20. Blot WJ, McLaughlin JK. Are women more susceptible to lung cancer? *J Natl Cancer Inst.* 2004;96:812-3.
21. Zang EA, Wynder EL. Differences in lung cancer risk between men and women: examination of the evidence. *J Natl Cancer Inst.* 1996;88:183-92.
22. Bain C, Feskanich D, Speizer FE, Thun M, Hertzmark E, Rosner BA, et al. Lung cancer rates in men and women with comparable histories of smoking. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96:826-34.
23. Feinleib M, Rosenberg HM, Collins JG, Delozier JE, Pokras R, Chevarley FM. Trends in COPD morbidity and mortality in the United States. *Am Rev Respir Dis.* 1989;140(3 Pt 2):9-18.
24. Langhammer A, Johnsen R, Gulsvik A, Holmen TL, Bjerner L. Sex differences in lung vulnerability to tobacco smoking. *Eur Respir J.* 2003;21:1017-23.
25. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute; 2001 [NIH publication n.º 2701A].
26. Chapman KR. Chronic obstructive pulmonary disease: are women more susceptible than men? *Clin Chest Med.* 2004;25:331-41.
27. Weir E. CPOD death rates: projecting a female trajectory. *CMAJ.* 2004;170:334.
28. Chapman KR, Tashkin DP, Pye DJ. Gender bias in the diagnosis of COPD. *Chest.* 2001;119:1691-5.
29. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med.* 1991;325:221-5.
30. Young JM, Ward JE. Influence of physician and patient gender on provision of smoking cessation advice in general practice. *Tob Control.* 1998;7:360-3.
31. Sobradillo Peña V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz C, Villasante C, Masas JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERCOP Multicentre Epidemiological Study. *Chest.* 2000;118:981-9.
32. Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc).* 2001;117:692-4.
33. Agudo A, Guillem P, Rodríguez M, Quirós JR, Navarro C, Martínez C, et al. Changes in smoking habits in adults: results from a prospective study in Spain. *Ann Epidemiol.* 2004;14:235-43.
34. Pampel FC. Age and education patterns of smoking among women in high-income nations. *Soc Sci Med.* 2003;57:1505-14.
35. González-Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertos en 15 años. *Med Clin (Barc).* 1997;109:577-82.
36. Nerín I. Fumando espero. *Arch Bronconeumol.* 2000;36:115-7.