

Tabaco y mujer

C.A. Jiménez Ruiz

Unidad de Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Historia

Una de las primeras reseñas históricas del consumo de tabaco por parte de la mujer es la que hace referencia al uso que de él hacía Catalina de Médicis como remedio muy eficaz contra sus habituales cefaleas¹. Aparte de esto y durante muchos siglos, el tabaquismo en la mujer se consideró inaceptable, vulgar e incluso inmoral. Probablemente fue la baronesa de Dudevant, amante de Chopin, la primera mujer que reivindicó el derecho de las féminas a fumar como los varones, cuando en París, en 1840, se presentó ante un público predominantemente masculino vistiendo pantalones y fumando un cigarro². No obstante, no es hasta el primer tercio del siglo XX que la prevalencia tabáquica en las mujeres comienza a aumentar. En 1935 en los Estados Unidos fumaban el 18% de las mujeres y el 52% de los varones³. En esta época, la mujer fuma como signo de emancipación e igualdad, y aparecen los primeros anuncios publicitarios realizados por las heroínas y estrellas del celuloide del momento y dirigidos específicamente a la mujer⁴ (fig. 1). La Segunda Guerra Mundial produjo un significativo incremento del tabaquismo en las mujeres. Éstas no sólo tuvieron que ocupar los puestos de trabajo habitualmente desempeñados por los varones sino que, además, asumieron muchos de sus comportamientos entre los que cabe destacar el consumo de tabaco. Al terminar la guerra, la prevalencia entre las mujeres era del 40% en el Reino Unido, el 30% en Australia y el 25% en los Estados Unidos^{5,6}. Durante la década de los cincuenta y de los sesenta aparecieron múltiples informes que relacionaban el tabaquismo con un significativo incremento de la morbimortalidad por varias patologías. Estos informes influyeron en la reducción de la prevalencia tabáquica entre los varones en estos últimos años pero no tuvieron igual efecto en la de las mujeres⁷.

Epidemiología

La prevalencia, las características y las tendencias del tabaquismo en las mujeres oscilan ampliamente dependiendo del país que se considere. En general, todas es-

tas variaciones responden a 2 modelos que se mantienen con más o menos cambios: el modelo de los países desarrollados y el de los países en desarrollo.

Países desarrollados

Aproximadamente, del 12 al 45% de las mujeres son fumadoras. En la tabla I aparecen las cifras de prevalencia en algunos de estos países⁸. Llama la atención el escaso número de japonesas fumadoras, probablemente debido a la carencia de cigarrillos que durante la postguerra hubo en aquel país y a la considerable actitud tradicionalista de esa sociedad. No obstante, un análisis más amplio de las encuestas publicadas en estos países en los últimos años revela datos interesantes.

– En Australia, los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido, aunque ha habido un descenso de la prevalencia del tabaquismo femenino, éste no ha sido tan grande como el ocurrido entre los varones, lo que, unido a la mayor incorporación de mujeres jóvenes que de varones jóvenes al consumo de tabaco, va hacer posible que para el año 2000 haya más fumadoras que fumadores en estos países⁹⁻¹¹.

– En España, Francia y Portugal la tasa de tabaquismo entre las menores de 45 años es mucho más elevada que entre las mayores de esta edad. Dicha distribución



Fig. 1. La publicidad dirigida a las mujeres comenzó en el primer tercio del siglo XX y en la actualidad sigue siendo una práctica habitual.

Correspondencia: Dr. C.A. Jiménez Ruiz.
Unidad de Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa.
Diego de León, 62. 28006 Madrid.

Recibido: 2-1-96; aceptado para su publicación: 9-1-96.

Arch Bronconeumol 1996; 32: 242-250



TABLA I

Prevalencia del hábito de fumar cigarrillos entre las mujeres de diversos países desarrollados

País	Prevalencia (%)	Fecha encuesta
Alemania	27	1988
Australia	27	1989
Austria	28	1984
Bélgica	28	1988
Canadá	25,8	1986
Dinamarca	45	1988
España	21,4	1992
EE.UU.	26	1990
Finlandia	20	1988
Francia	30	1991
Grecia	26	1988
Irlanda	31	1988
Islandia	32	1990
Israel	25	1988
Italia	26	1988
Japón	14,3	1990
Nueva Zelanda	26	1989
Portugal	12	1988
Reino Unido	32	1988
Suecia	26	1989
Suiza	28	1989
Antigua URSS	10	1986

apunta a una futura epidemia de las enfermedades relacionadas con el tabaco en las mujeres de estos países^{12,13}.

– La prevalencia tabáquica en jóvenes de 15-19 años es más alta en mujeres que en varones, de acuerdo con los datos obtenidos por encuestas realizadas en Alemania, Dinamarca y los Estados Unidos^{11,14}.

– En los países desarrollados las mujeres más propensas a fumar son las desempleadas, las que trabajan en puestos de inferior categoría, las de bajos ingresos económicos, las solteras, las separadas o las divorciadas^{13,15,16}. En algún estudio se ha indicado una asociación entre tabaquismo, pobreza y cuidado de los niños. Muchas madres con hijos pequeños y bajos ingresos asocian el fumar a las pausas en el trabajo diario y lo consideran como la mejor estrategia a seguir cuando el trato con los pequeños es demasiado penoso¹⁷.

Por el contrario, en países donde fumar cigarrillos es relativamente nuevo para las mujeres, el hábito es adquirido con mayor frecuencia por las profesionales en mejor situación económica que viven y trabajan en medio urbano y que están expuestas a un ambiente más liberado e influenciado por las campañas publicitarias¹¹⁻¹³.

– Las mujeres pertenecientes a minorías raciales o inmigrantes que viven en los países desarrollados son más propensas a fumar. En Australia la prevalencia del tabaquismo entre las muchachas de la etnia Inuit llega a ser del 61%^{14,16,18}.

Países en desarrollo

Entre el 2 y el 10% de las mujeres de estos países son fumadoras⁸. En la tabla II se refleja la prevalencia de tabaquismo femenino en algunos de estos países⁸. La comparación de los datos obtenidos es difícil por cuanto que las encuestas adolecen de importantes diferencias

TABLA II

Prevalencia de tabaquismo entre las mujeres de diversos países en desarrollo

País	Prevalencia (%)	Fecha encuesta
Argentina	27	1988
Bolivia	38	1988
Brasil	33	1990
Bulgaria	17	1989
Chile	31	1988
China	7	1984
Colombia	18	1988
Checoslovaquia	28	1990
Egipto	2	1981
Emiratos Árabes	9	1981
Filipinas	21,9	1990
Guinea	1	1981
Hungría	23	1986
India	3	1984
Indonesia	10	1990
Iraq	5	1990
Malasia	5	1990
Marruecos	9	1990
Mauricio	7	1986
Méjico	17	1988
Mongolia	7	1991
Nepal	58	1991
Nigeria	10	1990
Nueva Guinea-Papúa	80	1990
Omar	9	1990
Perú	17	1988
Singapur	2	1988
Sri Lanka	3	1989
Sudán	19	1986
Tailandia	4	1988
Túnez	6	1984
Venezuela	23	1988
Zambia	7	1984

metodológicas⁸. No obstante, el análisis de los mismos revela las características específicas siguientes:

– Las mujeres comienzan a fumar a edades más avanzadas que las de los países desarrollados^{19,20}. Aunque el número de cigarrillos que consumen es escaso, éstos son de alto contenido en nicotina y alquitrán^{21,22}.

– En las zonas rurales, las mujeres consumen tabaco de forma diferente a como lo hace el varón. Ellas prefieren las formas tradicionales de consumo (*bibi, chuta, dhumti, Khi yo*, pipa de agua, mascar tabaco, etc.) frente a los métodos ordinarios (cigarrillo, cigarro, pipa)^{14,19,23}. Por el contrario, en las zonas urbanas, el uso de cigarrillos se extiende entre las jóvenes, de alto nivel cultural y con buena posición social^{19,24}.

– En general, las encuestas realizadas demuestran un aumento de la prevalencia tabáquica en estos países alrededor del 3,4% anual debido fundamentalmente a 4 factores: envejecimiento de la población, migración a zonas urbanas, mayor acceso a la educación e incorporación de la mujer a empleos remunerados^{18,19,25}.

Patología

El varón y la mujer son igualmente susceptibles a las enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco. No obstante, las mujeres corren riesgos específicos rela-

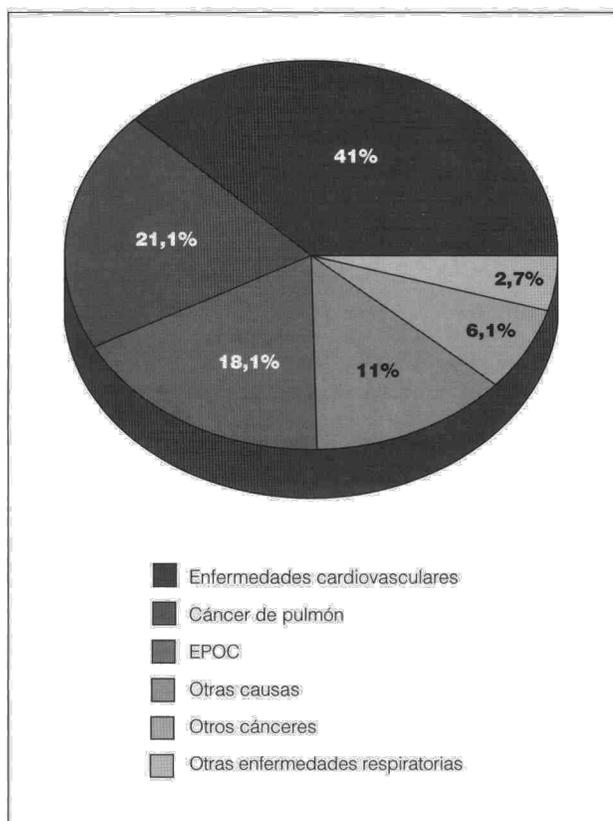


Fig. 2. Causas de las defunciones femeninas atribuibles al consumo de tabaco en los países desarrollados (1985).

cionados con las especiales características de su organismo. A continuación comentaremos algunos aspectos de la patología atribuible al consumo de tabaco en la mujer, profundizando sobre todo en aquellos más específicos.

De acuerdo a los datos de la OMS, en 1985 el tabaco produjo 300.000 muertes entre las mujeres de los países desarrollados^{26,27}. En la figura 2 se muestra la distribución porcentual de las causas de estas defunciones²⁶. Las tendencias actuales indican que entre las mujeres que fuman, al menos el 25% morirán de enfermedades producidas por el tabaco^{9,10,27}.

Aunque el incremento del riesgo relativo de padecer enfermedad cardiovascular por parte de los fumadores ha sido claramente demostrado en estudios realizados sobre la población general²⁸, otros análisis llevados a cabo en la población femenina han llegado a conclusiones similares^{29,30}. Incluso los mismos factores de riesgo (número de cigarrillos/día, número de años de fumador, contenido de nicotina, etc.), que han sido reconocidos en la población general, se han comprobado igualmente en las mujeres³¹. La cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la vasculopatía periférica, el aneurisma de aorta y la tromboangitis obliterante son procesos que se describen con mayor frecuencia en fumadoras^{29,32-34}. Se ha demostrado que es de 5 a 10 veces más probable que las mujeres que fuman y usan anticonceptivos orales desarrollen este tipo de patologías

que las que los emplean y no fuman^{28,29,35}. Se ha estimado que el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular agudo en fumadoras aumenta de 3,3 a 21,9 en aquellas que consumen anticonceptivos^{29,35}. Por otro lado, se sabe que este riesgo se incrementa con la edad y es particularmente alto entre las mujeres de más de 40 años^{28,29}.

El 8% de las muertes por cáncer en la mujer son atribuidas al consumo de tabaco³⁶. En los países desarrollados, donde el uso de cigarrillos es la norma desde hace mucho tiempo, el cáncer de pulmón ha pasado a ocupar los primeros puestos como causa de muerte por cáncer en la mujer^{31,36-38}. Entre los años 1957 a 1987 la tasa de muerte por tumoración pulmonar en la mujer aumentó al doble en Japón, Noruega, Polonia, el Reino Unido y Suecia; un 200% en Australia, Dinamarca y Nueva Zelanda; y un 300% en Canadá y los Estados Unidos^{36,37}. Por el contrario, en los países en desarrollo, donde el uso de tabaco sin humo por parte de las mujeres es más común, los cánceres más frecuentes son el de boca y el de faringe³⁶. Hasta hace poco la neoplasia de mama era la causa más frecuente de muerte por cáncer en la mujer. Recientes estudios epidemiológicos han demostrado que en países como los Estados Unidos, Japón y Escocia es el de pulmón; y que, en países como Australia, Dinamarca, Inglaterra y Gales, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres están igualándose con las de mortalidad por el de mama³⁶⁻³⁸. En España, Francia y Portugal, aunque estos índices de mortalidad son todavía bajos, se espera un incremento en un futuro próximo como consecuencia de la considerable proporción de jóvenes que son fumadoras^{12,13,38,39}.

El tabaquismo en la mujer es causa del 61% de los casos de cánceres de cavidad bucal, del 75% de esófago, del 34% de páncreas, del 87% de laringe, del 37% de vejiga y del 12% de riñón^{37,38,40-42}. En todos ellos se demuestra una relación dosis/respuesta positiva para variables como número de cigarrillos/día, número de años de consumo y el abandono del tabaco se sigue de una importante disminución del riesgo relativo de desarrollar enfermedad que es tanto mayor cuanto mayor es el tiempo de abandono^{29,38}.

Han sido descritos 2 tipos de mecanismos patogénicos para el cáncer de cervix en fumadoras. Por un lado, las sustancias carcinógenas del humo del tabaco se absorberían y por vía circulatoria llegarían al epitelio cervical, donde serían excretadas y, actuando como promotoras o carcinógenos sobre células previamente infectadas por virus, ocasionarían cambios degenerativos⁴³. Por otro, los componentes tóxicos del humo disminuirían la cantidad de betacarotenos en sangre, aumentando así la incidencia de tumores cervicales⁴⁴. Diferentes estudios han demostrado que el riesgo relativo de desarrollar cáncer de cervix es triple para fumadoras en comparación con las no fumadoras^{45,46}. Además la exposición involuntaria al humo del tabaco también se sigue de un incremento significativo de ese riesgo⁴⁷. El abandono del hábito se acompaña de una desaparición casi inmediata del mismo⁴⁸.

El consumo de cigarrillos tiene un efecto protector en cuanto al desarrollo de cáncer de endometrio²⁹. Dicho

efecto es debido al incremento de la 2-hidroxilación del estradiol en fumadoras^{49,50}. Se ha determinado que éstas tienen una reducción del 30% en el riesgo y que ésta es mayor cuanto más alto es el número de cigarrillos consumidos y sobre todo en mujeres posmenopáusicas⁵¹. El cese del tabaquismo hace que desaparezca este efecto protector²⁹. No obstante, hay que destacar que el número de pérdidas de vidas humanas que produce el tabaco anualmente es 30 veces superior a la disminución del riesgo del cáncer de endometrio en fumadoras⁵².

Algunos estudios sugieren un leve incremento del riesgo de desarrollar tumores mamarios en fumadoras^{29,50}. Otros, más recientes, demuestran que esta asociación es más potente en mujeres que comenzaron a fumar antes de los 16 años de edad y que consumen 40 o más cigarrillos al día^{53,54}.

El cáncer de vulva ha sido descrito más frecuentemente en fumadoras, llegándose a determinar una relación dosis/respuesta positiva⁵⁵.

Aunque la tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica es más alta para los varones que para las mujeres, en los Estados Unidos, y desde 1979, se está registrando un aumento de ésta mucho más rápido para la mujer (73%) que para el varón (16%)^{56,57}. En estudios realizados en Europa también se ha encontrado esta tendencia^{58,59}. Caben pocas dudas de que la evolución de la prevalencia, estable o en baja para varones y en alza para las mujeres, responde a los cambios en el consumo de cigarrillos que ha habido en estos grupos³⁶. No obstante, los estudios que analizan la prevalencia de síntomas de enfermedad inespecífica respiratoria crónica (tos, producción de esputo, disnea y sibilancias) muestran una disminución de la misma que es progresiva para los grupos de fumadores, ex fumadores y no fumadores. En estos estudios se detectan también diferencias significativas en cuanto al sexo para los 3 grupos. En cualquiera de ellos las mujeres siempre disfrutaron de las más bajas tasas de prevalencia⁶⁰⁻⁶³.

Diversos análisis han demostrado que el tabaquismo produce retraso en la cicatrización de las heridas, debido a 3 sustancias presentes en el humo del tabaco (nicotina, monóxido de carbono y cianidina de hidrógeno) que tienen capacidad de alterar los mecanismos fisiológicos de la cicatrización^{64,65}. Este efecto negativo sobre la curación de las heridas en fumadores ha sido encontrado en individuos enfermos, en sujetos que han sufrido traumatismo, en personas sometidas a cirugía plástica y, particularmente, en fumadoras operadas de cáncer de mama en quienes se ha detectado un incremento del 30 al 50% en la incidencia de complicaciones en la cicatrización de la herida quirúrgica^{66,67}.

Contrariamente a la imagen de mujer atractiva y sana que suele aparecer en la publicidad de cigarrillos, éstos producen halitosis, enfermedades de las encías, problemas dentales, pérdida del olfato y gusto, manchas en los dientes y uñas, dolor de espalda y arrugas prematuras⁶⁸⁻⁷¹.

Tabaquismo y reproducción

El tabaquismo en la mujer se asocia con un incremento del riesgo relativo de infertilidad de origen tubá-

rico por sufrir las fumadoras más infecciones de los órganos de la reproducción que las no fumadoras^{14,31}. Además, y debido al efecto antiestrogénico del tabaco, en aquéllas se observa un mayor riesgo de osteoporosis y más alta frecuencia de fracturas osteoporóticas. La menopausia suele adelantarse de 1-2 años en las fumadoras^{64,72,73}.

Fumar durante el embarazo ha sido asociado con una mayor incidencia de parto prematuro, aborto espontáneo y muerte perinatal^{31,74}. Igualmente los hijos de fumadoras pesan aproximadamente entre 150 y 250 g menos que los de no fumadoras^{31,75}. Por otro lado, la patología placentaria (placenta previa, desprendimiento prematuro, rotura de membranas, hemorragias, etc.) es descrita más frecuentemente en fumadoras^{31,76}. La nicotina y el monóxido de carbono, al atravesar la barrera placentaria, causan lesión en los vasos de ésta y en el feto y son los responsables directos de este tipo de patología^{77,78}. Pero también ciertos carcinógenos del humo del tabaco han demostrado tener capacidad de activación de procarcinógenos o mutágenos en el feto y serían los responsables de la relación significativa que ha sido encontrada entre desarrollar cáncer en la etapa infanto-juvenil y consumo de tabaco de la madre durante el embarazo^{79,80}. Aunque este dato no ha podido ser confirmado por otros estudios^{81,82}.

Es de destacar que si la mujer deja de fumar en el momento de quedar embarazada, los riesgos a desarrollar toda esta patología se hacen idénticos a los de una no fumadora. Se ha calculado que si todas las mujeres renunciaran a fumar durante el embarazo el número de muertes fetales y de lactantes disminuiría en aproximadamente un 10%^{29,31,83}.

El consumo de tabaco por la madre durante las primeras etapas de la vida del recién nacido ha sido asociado con el incremento en el riesgo relativo de desarrollar cierto tipo de patología por parte del neonato. Los hijos de lactantes fumadoras ganan menos peso que los de las no fumadoras por cuanto que aquéllas producen menos leche y ésta tiene un más bajo contenido en grasa⁷⁵. Además, procesos como el síndrome de muerte repentina del recién nacido, asma infantil, bronquitis, neumonía, otros cuadros respiratorios inespecíficos y otitis media se describen con mayor frecuencia en hijos de padres fumadores. Encontrándose una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos al día y el número de fumadores que conviven con el niño, mostrándose de especial alto riesgo el hecho de que la madre sea fumadora^{29,59,84-87}.

Tabaquismo pasivo

La exposición involuntaria al humo del tabaco incrementa el riesgo de enfermedad en los no fumadores⁵⁹. Esto afecta a la mujer debido a que, principalmente, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo hay menos fumadoras que fumadores y, por consiguiente, hay más mujeres que varones expuestas al tabaquismo pasivo⁵⁹.

Diversos estudios han estimado que el riesgo relativo de desarrollar cáncer de pulmón en asociación con la exposición ambiental al humo de tabaco en la mujer es



de 1,32^{59,88-90}. Descubriéndose así mismo una relación dosis-respuesta potente y positiva^{59,88-90}.

Ha sido detectado un incremento del riesgo relativo de sufrir enfermedad cardiovascular en no fumadoras que viven con fumadores independientemente de la edad, el nivel de colesterol, la presión arterial y la masa corporal^{28,59,91}.

Algunos estudios han demostrado que el tabaquismo pasivo sufrido por la mujer gestante no sólo daña la salud de ésta, sino que además puede tener un efecto negativo sobre el crecimiento ponderal del feto^{31,59,92}.

Inicio y mantenimiento del consumo de tabaco en la mujer

El hábito tabáquico debe ser entendido como un proceso vital que habitualmente comienza entre los 12-14 años de edad y que se mantiene o no a lo largo de la vida. Las razones que inducen a empezar a fumar son totalmente distintas de las que lo hacen a seguir fumando. Analizaremos aquí unas y otras y advertiremos de las diferencias que el sexo puede implicar en ellas.

Tanto factores internos (formación de la identidad propia, necesidad de autoestima, rebelión contra los padres o la sociedad, curiosidad, búsqueda de emoción y desafío, necesidad de pertenecer y ser aceptado por un determinado grupo, etc.) como factores externos (aceptabilidad social, factores socioculturales y religiosos, disponibilidad y coste del tabaco, publicidad, campañas de educación sanitaria, etc.) influyen decisivamente en el inicio del consumo de tabaco^{29,93,94}.

En los países en desarrollo, la escasa aceptabilidad social y religiosa de la mujer fumadora contribuyen a mantener baja la tasa de prevalencia entre la población femenina^{8,14,19}. Pero es la publicidad el factor que más influencia tiene en el inicio del consumo de tabaco por la mujer¹¹. En los últimos años, la industria tabaquera ha dirigido sus productos y su publicidad a las mujeres. Ha escogido las revistas femeninas como base para promocionar la imagen de una nueva mujer que sea atractiva, moderna, romántica, deseable, sana, deportiva, rebelde, liberada, esbelta y, sobre todo, fumadora. Una encuesta realizada en 1990-1991 entre las revistas más populares de 13 países europeos reveló que el 69% de ellas aceptaban la publicidad de los cigarrillos y que sólo el 22% había informado ampliamente sobre los problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco, y que eran las revistas que rehusaban la publicidad del tabaco las que más información sanitaria proporcionaban a sus lectoras. Además, el 40% de estas revistas promovían el tabaco mediante el uso de imágenes positivas de modelos fumando⁹⁵. No obstante, los fabricantes de cigarrillos también desarrollan otras estrategias para llegar a la mujer: patrocinan competiciones deportivas femeninas y lanzan al mercado marcas de tabaco "sólo para mujeres" empaquetado con colores, formas, tamaños, nombres e incluso gusto especial.

Entre los factores que influyen en la perpetuación del hábito tabáquico se han descrito la dependencia que crea la nicotina y factores psicosociales⁹⁶⁻⁹⁷. Éstos pueden ser negativos, como el estrés y las emociones negativas,

o positivos, como el placer que produce fumar. En la mujer, los factores que parecen tener mayor influencia son los primeros y en el varón, los segundos^{8,97,98}. Muchas se encuentran sometidas a una presión constante tanto en el trabajo como en el hogar y en el intento de atender a esas demandas se enfrentan a muchos conflictos que terminan causándoles estrés, ira, tristeza, soledad y frustración. Las mujeres utilizan el cigarrillo como medio de combatir estos males. Muchas pueden considerar que el único momento de paz y relajación que realmente tienen durante el día es cuando se sientan delante de una taza de café y encienden un cigarrillo.

Prevención

Hasta mediados de los años ochenta los programas de prevención que se pusieron en marcha adolecían de contenido específico para la mujer. Probablemente por ello en estos últimos años la prevalencia ha disminuido menos entre las jóvenes que entre los muchachos^{8-12,14-17,23,24,31}.

La campaña de prevención ideal es aquella que combina medidas a nivel comunitario, nacional e internacional, y que tiene por objeto desincentivar el comienzo e incentivar la cesación del tabaquismo. Entre ellas destacan: la educación sanitaria escolar, la información pública y las encaminadas a conseguir una restricción de la disponibilidad del tabaco (control de la publicidad, restricción de la venta e incremento de las tasas)^{8-17,23,24,31}. A continuación comentaremos cómo estas medidas pueden influir en los hábitos de la mujer.

Los programas de educación sanitaria en las escuelas deben incluir dos componentes, uno dedicado a que los jóvenes conozcan los problemas sanitarios que el tabaco produce y otro que trate de mejorar las actitudes personales y sociales que ayuden a los jóvenes a resistir la presión social que les induce a fumar. Esto se puede conseguir mediante la introducción de debates escolares y, sobre todo, haciendo posible una educación sanitaria perfectamente integrada por padres y maestros. Programas especialmente dedicados a las niñas serán de gran utilidad^{8-17,23,24,31}. No obstante es de tener en cuenta que la mayoría de las campañas de información sanitaria en las escuelas consiguen mejorar los conocimientos y actitudes con respecto al tabaquismo de los jóvenes pero no logran reducir las primeras experiencias con el tabaco^{29,98,99}.

Las autoridades sanitarias de los diferentes países debieran lanzar campañas de información pública dirigidas especialmente a la mujer. Con ellas se tratará de que la mujer conozca mejor los riesgos específicos que corre su salud, se intentará contrarrestar los efectos de la publicidad en favor del tabaco y se ofrecerá ayuda para aquellas que quieran dejar de fumar^{8-17,100,101}. Este tipo de programas hará uso de folletos informativos y carteles anunciadores, de diarios y revistas, del cine, radio y televisión. Utilizando siempre mensajes que en lenguaje positivo lleguen a los distintos grupos socioculturales a los que van dirigidos^{8-17,100,101}.

Cualquier medida restrictiva o prohibicionista para ser más eficaz debe ir siempre acompañada de las de in-

formación y educación simultánea a las que antes hacíamos referencia¹⁰⁰. Entre las medidas encaminadas a la restricción de la disponibilidad del tabaco que más efectivas se muestran en la mujer cabe destacar las siguientes:

– *Control de la publicidad.* Uno de los principales objetivos de la publicidad desarrollada por la industria tabaquera es la mujer¹¹. La mejor forma de contrarrestarla es promoviendo, desde las campañas sanitarias, una imagen de mujer que no fuma, destacando aspectos positivos como la belleza y la liberación, pero sobre todo haciendo que la abstención del tabaco aparezca como algo sano, socialmente atractivo y propio de personas emancipadas^{8,13,102}.

– *La restricción de la venta de tabaco a menores se ha mostrado eficaz.* Un estudio realizado en California demostró que cuando la campaña de educación sanitaria se mezclaba con restricciones legislativas, la venta directa de cigarrillos pasaba del 74 al 39%¹⁰³.

– *Incrementar el precio del tabaco.* Es otra medida que produce buenos resultados y especialmente en los jóvenes²⁹. Debiendo completarse con otras que establezcan que la recaudación obtenida por el incremento del precio pueda ser invertida en actividades de promoción sanitaria, como ya ocurre en los Estados Unidos, Finlandia, Islandia y Australia^{29,103,104}.

– *La introducción de mensajes específicos* para la mujer en los paquetes de tabaco que le adviertan de los riesgos especiales que su salud corre es inicialmente efectiva⁸. En España sólo uno de los 6 mensajes que obligatoriamente deben figurar en los paquetes de cigarrillos hace referencia a la salud de la mujer y dice: “Fumar durante el embarazo daña al futuro hijo”¹⁰⁵.

Papel del médico en el control del tabaquismo en la mujer

Diversos estudios han demostrado que el número de mujeres que deja de fumar es similar al de varones. Sólo aparecen diferencias significativas cuando se consideran distintos grupos sociales. Las más favorecidas social y económicamente tienen más probabilidad de dejar de fumar que aquellas que viven en circunstancias más arduas y difíciles^{9,10,106}.

Todos los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular estamos obligados a cumplir tres funciones (*modélica, educadora y terapéutica*) para controlar el tabaquismo¹⁰⁷. A continuación detallaremos cómo la práctica de estas funciones puede influir positivamente en la prevención y tratamiento del tabaquismo en la mujer.

– Las enfermeras, las doctoras, las matronas y en general todas las profesionales sanitarias femeninas si cumplen con su papel modélico como no fumadoras ante la sociedad estarán contribuyendo a romper con la falsa imagen de mujer fumadora, liberada y culta que la publicidad de la industria tabaquera pretende hacernos creer^{1,29,108}.

– Diversos estudios han demostrado que los médicos no advertimos a nuestros pacientes de la necesidad de abandonar el consumo de tabaco^{1,33,109}. Sólo un 25%

de adolescentes reciben consejo para dejar de fumar. Además, éste se da con más propensión en el varón que en la mujer¹¹⁰. Otros estudios demuestran que un simple aviso de 2 o 3 minutos de duración en el que el médico recomiende a un paciente la cesación del hábito tabáquico tiene una efectividad de hasta el 5% de abstención al año. Y además si este consejo se acompaña de una guía práctica para dejar de fumar y se pautan visitas de seguimiento, esta cifra puede elevarse hasta un 10%¹¹¹. Se ha calculado que las mujeres cumplen con un promedio de 4 visitas anuales a un médico¹¹². El 83% de la población femenina con una edad inferior a 18 años visita al menos una vez al año a un médico y alrededor del 90% de ellas lo hace en 2 años¹¹². Se sabe que aproximadamente el 77% de las jóvenes fumadoras quieren dejar de serlo y han hecho algún intento por sí mismas¹¹³. Desafortunadamente, sólo el 1,5% de éstas lo ha conseguido y hasta el 92% cree que podrán dejarlo en el plazo de un año¹¹⁰. Si consideramos que el 5% de los alertados por su médico en la necesidad de dejar de fumar lo consiguen fácilmente, que hasta un 83% de jóvenes fumadoras visita a un médico una vez al año y que hasta el 77% quiere dejar de fumar; al no aconsejar a nuestras pacientes el abandono del consumo de tabaco, estamos perdiendo nuestra gran oportunidad de conseguir reducir las tasas de prevalencia tabáquica en la mujer¹¹⁴.

Estas recomendaciones deben ser tenidas muy en cuenta por todos los profesionales sanitarios, pero sobre todo por los ginecólogos, quienes al tratar con la mujer en condiciones especiales pueden tener una mayor influencia sobre sus hábitos. Un estudio ha determinado tasas de cesación tabáquica altas durante el embarazo¹¹⁵. Aunque desafortunadamente hasta el 60% de las que lo dejaron vuelve a fumar a los 6 meses después del parto¹¹⁶. En este contexto el papel de los pediatras advirtiendo de los peligros de la salud del recién nacido expuesto al humo de tabaco de sus padres, y sobre todo, de su madre, parece clave^{75,84-87}. No obstante, menos del 30% de los pediatras practican con asiduidad el consejo de abandono de tabaco¹⁰⁷.

Muchas de las pacientes necesitan además del consejo una ayuda adicional para dejar de fumar. En éstas es crucial que investiguemos los principales problemas que el abandono del tabaco les va a ocasionar. Se han identificado varias causas de recaídas: síndrome de abstinencia, estrés, depresión, ansiedad y miedo a ganar peso. Estas dos últimas afectan predominantemente a la mujer¹¹⁷⁻¹²⁰. La utilización de terapia sustitutiva con nicotina que alivie los síntomas del síndrome de abstinencia al tiempo que mejore el estrés y la depresión, conjuntamente con la transmisión de mensajes conductuales que ayuden a la mujer a relajarse, a solucionar sus problemas sin ayuda del tabaco, y enseñarles estrategias de control y de estímulo de mantenimiento sin fumar será el tratamiento ideal que el profesional sanitario deberá brindar al paciente^{8,29,31,108}.

Diversos estudios han concluido que el miedo a engordar es uno de los mayores inconvenientes para que la mujer intente dejar de fumar y/o continúe sin fumar^{117,118,121-124}. Además, ciertos trabajos encuentran que



la mujer gana más peso que el varón después de abandonar el tabaco¹²⁵, si bien este hecho no ha sido confirmado por otros investigadores¹²⁶.

Se han descrito dos mecanismos que explican la ganancia de peso en los ex fumadores. Por un lado, la nicotina tiene un indudable efecto anorexígeno, además de causar un incremento del gasto energético¹²⁷, aunque esta acción sobre el metabolismo de la nicotina no ha podido ser comprobada en otros estudios¹²³. En lo que sí parece que existe acuerdo unánime es en que los cambios en el hábito tabáquico (inicio, cesación, recaída) influyen más en la ganancia o pérdida de peso por parte del sujeto que la exposición a largo plazo a la nicotina¹²⁷. Por otro lado, ciertos estudios han demostrado aumento de la ingesta calórica en aproximadamente 200 a 300 kcal/día en los ex fumadores¹²³. Ambos mecanismos llevan a que el ex fumador aumente su ingesta calórica en aproximadamente 500 kcal/día, cifra que supone un incremento de alrededor de 600 g semanales^{123,128,129}.

Se han señalado predictores de ganancia de peso por la mujer durante su período de abandono de consumo de tabaco: factores personales (ansiedad, depresión y preocupación por el incremento ponderal), alteraciones en la menstruación, actividad física, trastornos metabólicos, características personales en el consumo de tabaco (número de cigarrillos/día, profundidad de inhalación de la pipada, intentos previos) y uso de terapia sustitutiva con nicotina^{117,118,122,123,126,129-133}.

La recomendación de disminución de la ingesta calórica así como el aumento del ejercicio físico y, en los casos en los que esté indicada, la utilización de terapia sustitutiva serían las mejores medidas que ayudarán a las ex fumadoras a prevenir y/o disminuir el previsible incremento de peso que su "nuevo estatus" les pueda provocar^{124,133}.

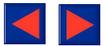
Conclusión

En los últimos años, la mujer se ha incorporado masivamente al consumo de tabaco. Aunque las tasas de fumadoras en los países desarrollados son más altas que en los países en desarrollo, en éstos se ha demostrado un incremento anual de la prevalencia tabáquica del 3,4%. La publicidad especialmente dirigida a las mujeres es el factor más directamente implicado en este incremento. Aunque el varón y la mujer son igualmente susceptibles a las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, las mujeres corren riesgos específicos debidos a las especiales características de su organismo. El embarazo, la lactancia o incluso la toma de anticonceptivos son situaciones que incrementan los riesgos del tabaquismo en este colectivo.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica son procesos que, de continuar el ascenso progresivo de la tasa de tabaquismo femenino, se convertirán en patología frecuente de la mujer. Estos datos deben animar a las autoridades sanitarias a la realización de campañas de prevención dirigidas a las mujeres, y a los profesionales sanitarios a la búsqueda de intervenciones terapéuticas específicas contra el tabaquismo femenino.

BIBLIOGRAFÍA

- Breo DL. Kicking butts. AMA, Joe Camel and the "black-flag" war on tobacco. *JAMA* 1993; 270: 1.978-1.984.
- Zimmerman C. 120 good things about tobacco. *Tobacco Reporter* 1993; 56-58.
- Wald N, Nicolaides-Bouman A. UK smoking statistics. (2.ª ed.). Oxford: Oxford University Press, 1991.
- Heimann RK. Tobacco and Americans. Nueva York: McGraw-Hill, 1960.
- Gottsegen JJ. Tobacco. A study of its consumption in the United States. Nueva York, Pitman, 1940.
- Maxwell JC Jr. Trends in cigarette consumption. En: Gori GB, Bock FG, editores. *Baribury Report: a safe cigarette?* Nueva York: Cold Spring Harbor Laboratory, 1980.
- Burnham JC. Bad habits: drinking, smoking, taking drugs, gambling, sexual misbehavior and swearing in American history. Nueva York: New York University Press, 1993.
- Chollat-Traquet C. La mujer y el tabaco. Ginebra: OMS 1993.
- Fiore MF, Novotny TE, Pierce JP, Hattandreu E, Patel K, Davis R. Trends in cigarette smoking in the US: the changing influence of gender and race. *JAMA* 1989; 261: 49-55.
- Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE, Hattandreu E, Davis R. Trends in cigarette smoking in the US: projections to the year 2000. *JAMA* 1989; 261: 61-65.
- Pierce JP, Lee LMA, Gilpin A. Smoking initiation by adolescents girls, 1944 through 1988. An association with targeted advertising. *JAMA* 1994; 271: 608-611.
- Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, 1992.
- Action on smoking and health. Women and smoking. A handbook for action. Londres: Health Education Council, 1986.
- Jacobson B. Beating the lady killers-women and smoking. Londres: Víctor Gollancz, 1988.
- Haglund M. Prevalence of smoking among teenager girls and women in Europe. Documento presentado en la Segunda Conferencia Mundial del Día Sin Tabaco. Copenhage: Oficina Regional de la OMS para Europa, 1989.
- Pierce JB, Fiore MC, Novotny TE, Hattandreu EJ, Davis RM. Trends in cigarette smoking in the United States educational differences are increasing. *JAMA* 1989; 261: 56-60.
- Graham U. The changing patterns of women's smoking. *Health visitor* 1989; 62: 22-24.
- Greaves L. Background paper on women and tobacco. Ottawa: Department of Health, 1987.
- Chapman S, Leng WW. Tobacco control in the third world. A resource atlas. Penang: International Union of Consumers, 1990.
- Weng XZ, Hong ZG, Chen DY. Smoking prevalence in Chinese age 15 and above. *Ch Med J* 1987; 100: 886-892.
- Tobacco habits other than smoking; betel-quid and arecanut chewing; and some related nitrosamines. Lyon: IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, 1985.
- Tobacco smoking. Lyon: IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, 1986.
- Suhardi KDS. Dominant role of clove cigarette smoking patterns in Indonesia. En: Durston B, Jamrozik K, editores. *The global war. Abstracts of the 7th World Conference on Tobacco and Health Perth, 1-5 April 1990.* Perth: Departamento de Salud de Australia Occidental, 1990; 241.
- Elegbeleye OO, Femi-Pearse D. Incidence and variables contributing to onset of cigarette smoking among secondary school children and medical student in Lagos. Niger. *Br J Prev Soc Med* 1976; 30: 66-70.
- Tobacco: a major international health hazard. Lyon: IARC scientific publication, 1986.
- Lucha contra el uso del tabaco sin humos. Informe de un grupo de expertos de la OMS. Ginebra: OMS, Serie de informes técnicos, n.º 773, 1988.
- Centers for Disease Control. Cigarette smoking-attributable mortality and years of potential life lost. United States 1990. *MMWR* 1983; 42: 645-649.
- US Department of Education and Welfare. The health consequences of smoking. A report of the surgeon general. Cardiovascular disease. Rockville. MD US: Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, DHHS publication N.º PHS-84-50.204, 1984.



29. US Department of Education and Welfare. The health benefits of smoking cessation: a report on the surgeon general. Washington DC: Printing Office, DHHS publication CDC 90-8.416, 1990.
30. Colditz GA, Bonita R, Stampfer MJ, Willet WC, Rosner B, Sepeizer FE et al. Cigarette smoking and the risk of stroke in middle aged women. *N Engl J Med* 1988; 318: 937-941.
31. US Department of Education and Welfare. The health consequences of smoking for women. A report of the surgeon general. Rockville MD: Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 1980.
32. US Department of Education and Welfare. The health consequences of smoking cardiovascular disease. A report of the surgeon general. Rockville Maryland. US: Department of Health and Human Services, 1983.
33. Estrategias contra el tabaquismo en los países en desarrollo. Informe de un comité de expertos de la OMS sobre lucha antitabáquica. Ginebra: OMS. Serie de Informes Técnicos n.º 695, 1983.
34. Corelli F. Buerger's disease. Cigarette smokers disease may always be cured by medical therapy. *J Cardiovasc Sug* 1973; 14: 28-36.
35. Pette DB, Wingred J. Use of oral contraceptives, cigarette smoking and risk of subarachnoid hemorrhage. *Lancet* 1978; 2: 234-235.
36. Stanley K. Women and cancer. *World Health Statistics Quarterly* 1987; 40: 267-278.
37. Bonn CC, Squires TS, Tong T. Cancer statistics 1991. *CA Cancer* 1991; 41: 19.
38. Peto R, López A, Borehan J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1.268-1.278.
39. Joosens L, Naett C, Huwie C, Muldon A. Tobacco and health in the european union. An overview. European burew for action on smoking prevention. Commision of the European Communities Bruselas: 1994.
40. Schotlenfeld D. Epidemiology of cancer of the esofagus. *Semin Oncol* 1984; 11: 92.
41. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: cancer. A report of the surgeon general Washington DC. Washington: US Department of Health and Human Services, DHHS Publication PHS 82-50179, 1982.
42. Gordes L, Gold EB. Epidemiology of pancreatic cancer. *J Surg* 1984; 8: 808.
43. Holly EA, Petrakis NL, Fried NF. Mutagenic mucus in the cervix of smokers. *N Natl Cancert Inst* 1986; 76: 983.
44. Kotsky LA, Galloway D, Holmes KK. The epidemiology of genital papilloma virus infection. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 120.
45. Brinton LA, Fraumeni JF. Epidemiology of uterine cervical cancer. *J Chron Dis* 1986; 39: 1.051.
46. Centers for Disease Control. Smoking atributable mortality and years of potential life lost United States 1988; *MMWR* 1991; 40: 62.
47. Slattery ML, Robison LN, Schuman KL, French TK, Stat M, Abbott TM et al. Cigarette smoking and exposure to passive smoking are risk factors for cervical cancer. *JAMA* 1989; 261: 1.593-1.598.
48. Brinton LA, Schairer C, Haenszel W, Stolley P, Lehman HF, Levine R et al. Cigarette smoking and invasive cervical cancer. *JAMA* 1986; 255: 3.265-3.269.
49. Baron JA. Smoking and strogen related disease. *Am J Epidemiol* 1984; 119: 9.
50. MacMahon B. Cigarette smoking and cancer of the breast. En: Wald N, Baron JA, editores. Smoking and hormone related disorders. Oxford: Oxford University Press, 1990; 145.
51. Weiss NS. Cigarette smoking and the incidence of endometrial cancer. En: Wald M, Baron JA, editores. Smoking and hormone related disorders. Oxford: Oxford University Press, 1990; 145.
52. Weiss NS. Can not smoking be hazardous to your health? *N Engl J Med* 1985; 313: 632.
53. Garfinkel L, Silverberg E. Lung cancer and smoking trend in the past 25 years. *CA* 1991; 41: 137.
54. Harris JE. Cigarette smoking among succesive birth cohorts of men and women in the United States during 1900-1980. *J Natl Cancer Inst* 1983; 71: 473-479.
55. Brinton LA, Nasca PC, Mallin K. Case-control study of cancer of the vulva. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 859.
56. Speizer FE, Tager IB. Epidemiology of chronic mucus hypersecretion and obstructive airways disease. *Epidemiol Rev* 1979; 1: 124-142.
57. Davis RM, Novotny TE. Changes in risk factors. The epidemiology of cigarette smoking and its impact on chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 582-589.
58. Lange P, Groth S, Nyobe J. Effects of smoking and changes in smoking habits on the decline of FEV₁. *Eur Respir J* 1989; 2: 811-816.
59. The health consequences of involuntary smoking. A report of the surgeon general. Rockville MD: Department of Health and Welfare. US DHHS, Office on smoking and Health, DHHS Publication n.º CDC 87-8398, 1986.
60. Fernis B, Anderson D. The prevalence of chronic respiratory disease in a New Hampshire town. *Am Rev Respir Dis* 1962; 86: 165-177.
61. Lebowitz M, Burrows B. Quantitative relationship between cigarette smoking and chronic productive cough. *Int J Epidemiol* 1977; 6: 107-113.
62. Paoletti P, Camili A, Holberg C. Respiratory effects in relation to estimated tar exposure from current and cumulative cigarette consumption. *Chest* 1985; 88: 849-855.
63. Woolf C, Zamel N. The respiratory effects of regular cigarette smoking in women. A five year prospective study. *Chest* 1980; 78: 707-713.
64. Silverstein P. Smoking and wound healing. *Am J Med* 1992; 93: 22-24.
65. Mosely L, Finseth F. Cigarette smoking imparment of digital blood flow and woung healing in the hand. *Hand* 1977; 9: 97-101.
66. Rees T, Liverett D, Gery C. The effect of cigarette smoking on skin-flap survival in the face lift patient. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73: 911-915.
67. Siana JE, Rex S, Gothrip F. The effect of cigarette smoking on wound healing. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1989; 3: 207-209.
68. Clarke N, Care S. Etiology of chronic periodontal disease: an alternative perspective. *J Am Dent Assoc* 1985; 110: 689-691.
69. Bhashkar S. Oral lesions in the aged population. A survey of 785 cases. *Geriatrics*, 1986; 23: 137-149.
70. Kadunce DP, Burr R, Gress R, Kanner R, Lyon JL, Zone JJ. Cigarette smoking: risk factor for premature facial wrinkling. *Ann Intern Med* 1991; 114: 840-844.
71. Ernest E. Smoking a cause for back trouble? *Br J Rheumatol* 1993; 32: 239-242.
72. Hussey HH. Osteoporosis among women who smoke cigarettes. *JAMA* 1976; 235: 1.367-1.368.
73. Loyde PM, Beral V. Further analysis of mortality in oral contraceptive users. Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *Lancet* 1981; 1: 541-546.
74. Holsclaw D. The effect of smoking on fetal, neonatal and childhood development. *Pediatr Ann* 1978; 7: 105-136.
75. Fielding JE. Smoking and women. Tragedy of the majority. *N Engl J Med* 1987; 317: 1.343-1.345.
76. McIntosh ID. Smoking and pregnancy: attributable risks and public health implications. *Can J Public Health* 1984; 75: 141-148.
77. Lethovirita P, Forss M. The acute effect of smoking on intervillous blood flow of the placenta. *Br J Obstet Gynecol* 1978; 85: 729.
78. Spira A. Smoking during pregnancy and placental pathology. *Biomedicine* 1977; 27: 266.
79. Jones A. Bioactivation of procarcinogens to mutagens in human fetal and placental tissues. *Life Sci* 1977; 21: 1.831-1.836.
80. Stjernfeldt M. Tabaquismo materno durante el embarazo y riesgo de cáncer infantil. *Lancet* (ed. esp.) 1986; 9: 29-31.
81. Mckinney P, Stiller C. Tabaquismo materno durante el embarazo y cáncer infantil. *Lancet* (ed. esp.) 1986; 9: 78.
82. Dahlquist G, Wall S. Tabaquismo materno y cáncer infantil. *Lancet* (ed. esp.) 1986; 9: 78-79.
83. Butler M, Alberman E. Perinatal problems. The second report of the 1958. British perinatal mortality survey. London and Levingston Ltd., 1969; 36-84.
84. Tashkin D, Clark V, Simmons M. The UCLA population study of chronic obstructive respiratory disease. VII. Relationship between parenteral smoking and children's lung function. *Am Rev Respir Dis* 1984; 129: 891-897.
85. Weiss S, Tager I, Scheniker M. The health effects of involuntary smoking. *Am Rev Respir Dis* 1983; 128: 933-942.
86. Fergusson D, Horwood L, Shannon F. Parenteral smoking and lower respiratory illness in the first three years of life. *J Epidemiol Commun Health* 1981; 35: 180.



87. Schenker M, Samet J, Speizer F. Risk factors for childhood respiratory disease. The effects of host factors and home environmental exposures. *Am Rev Respir Dis* 1983; 128: 3.886-3.888.
88. Committee on Passive Smoking of National Research Council Exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer. En: *Environmental tobacco smoke Measuring exposures and assessing health effects*. Washington D.C.: National Academy Press, 1986.
89. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *BMJ* 1981; 282: 183-185.
90. Trichopoulos D, Calandidi A, Spanos L. Lung cancer and passive smoking. *Int J Cancer* 1981; 27: 1.
91. Garland C, Barrett-Connor E, Suárez L. Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of non-smokers. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 645-650.
92. Rubin D. Efecto del tabaquismo pasivo sobre el peso del recién nacido. *Lancet* (ed. esp.) 1987; 10: 1-4.
93. Chassin L, Persson CC, Sherman S. The natural history of cigarette smoking. Predicting young adults smoking outcome from adolescents smoking patterns. *Health Psychology* 1990; 6: 701-716.
94. Fisher E, Haire-Joshu D, Morgan G. State of the art review: smoking and smoking cessation. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142: 702-720.
95. Amos A, Jacobson B, White P. Cigarette advertising policy and coverage of smoking and health in British women's magazines. *Lancet* 1991; 337: 93-96.
96. US Department of Health and Human Services. *The Health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the surgeon general*. Washington DC: DHHS Publication N.º (CDC) 88-8406, US Government Printing office, 1988.
97. Comroe JH. The pharmacological actions of nicotine. *Ann NY Acad Sci* 1960; 90: 48-51.
98. Figa Talamanca I, Modolo MA. Evaluation of an antismoking educational programme among adolescents in Italy. *Hygie* 1989; 8: 24-28.
99. Grahah H. Women and smoking in the UK. The implication for health promotion. *Health Promotion* 1989; 3: 371-382.
100. Ernster VL. Mixed messages for women: a social history of cigarettes smoking and advertising. *NY State J Med* 1985; 85: 335-340.
101. Simpson D. Smoking and fashion. *Tobacco Control* 1992; 1: 25-30.
102. Bohner K. Smoke and mirrors. *Forbes* 1993; 316.
103. Altman DG, Foster V, Rasenick-Douss. Reducing the illegal sale of cigarettes to minors. *JAMA* 1989; 262: 80-83.
104. Armströng B, Deklert M, Shean R. Influence of education and advertising on the uptake of smoking by children. *Med J Aust* 1990; 152: 117-124.
105. Real Decreto 510/1992, 14 de mayo. BOE 133, 3 de junio de 1992.
106. Joseph AM, Byrd JC. Smoking cessation in practice. *Prev Prac* 1989; 16: 83-98.
107. Ockene JK. Physician-delivered interventions for smoking cessation: strategies for increasing effectiveness. *Prevent Med* 1987; 16: 723-737.
108. Gritz E. Women and smoking: educating them to stop. En: *American Cancer Society, editora. Women and smoking*. World Smoke Health 1991; 16: 3-7.
109. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP. Methods use to quit smoking in the United States. Do cessation programmes help? *JAMA* 1990; 263: 2.760-2.765.
110. Preliminary Acta: National Health Interview Survey Teenage. Attitudes and practices (TAPS II). Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics, 1993.
111. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *BMJ* 1979; 2: 213-215.
112. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1991. *Vital Health Stat Series* 1992; 10: 184.
113. Moss AJ, Allen KF, Giovino GA, Mills SL. Recent trends in adolescent smoking-uptake correlations and expectations about the future. *Advance Data from vital and Health statistics*. Hyattsville MD: National Center for Health statistics, 1992.
114. Kaufman MJ. Smoking and young women. The physician's role in stop-ping an equal opportunity killer. *JAMA* 1994; 271: 629-630.
115. Mac Arthur C, Newton J, Knox E. Effect of antismoking health education on infant size at birth. A randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynecol* 1987; 94: 295-300.
116. McBride C, Pride P. Postpartum smoking relapse. *Addict Behav* 1990; 15: 165-168.
117. Sorenson G, Rechacek TF. Attitudes toward smoking cessation among men and women. *J Behav Med* 1987; 10: 129-137.
118. Streater JA, Sargent RG, Ward DS. A study of factors associated with weight change in women who attempt smoking cessation. *Addict Behav* 1989; 14: 523-530.
119. Baer K, Lichtenstein E. Classification and prediction of smoking relapse episodes. An explanation of individual differences. *J Consult Clin Psychology* 1988; 56: 104.
120. Cummings C, Grondon J, Marlatt G. Relapse: Prevention and prediction. En: *Miller W, editor. The addictive behaviour*. Oxford Pergamon Press, 1980; 291-321.
121. Pivie PL, Murray DM, Luepker RB. Gender differences in cigarette smoking and quitting in a cohorts of young adults. *Am J Public Health* 1991; 81: 324-327.
122. Weekly CK, Klesges RC, Reylea G. Smoking as a weight-control strategy and its relationship to a smoking status. *Addict Behav* 1992; 17: 259-271.
123. Stamford BA, Matter S, Fell RD, Papanek P. Effect of smoking cessation on weight gain, metabolic rate, caloric consumption and blood lipids. *Am J Clin Nutr* 1988; 43: 489-494.
124. Hall SM, Tunstall CD, Vila KL, Duffy J. Weight gain prevention and smoking cessation: Cautionary findings. *Am J Public Health* 1992; 82: 799-803.
125. Williamson DF, Kahn HS, Remington PL, Anda RF. The 10-year incidence of overweight and mayor gain in U.S. adults. *Arch Intern Med* 1990; 10: 665-672.
126. Rabkin S. Relationship between weight gain change and the reduction or cessation of cigarette smoking. *Int J Obesity* 1984; 8: 665-673.
127. Perkins KA. Weight gain following smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 768-777.
128. Hall S, Magee R, Tunstall. Changes in food intake and activity after quitting smoking. *J Consult Clin Psychology* 1989; 57: 81-86.
129. Roden J. Weight change following smoking cessation. The role of food intake and exercise. *Addict Behav* 1987; 12: 303-317.
130. Blitzer PH, Rimm AA, Giefer EE. The effect of cessation of smoking on body weight in 57.032 women: Cross-sectional and longytudinal analyses. *J Chron Dis* 1977; 30: 415-429.
131. Gross J, Stitzer ML, Maldonado J. Nicotine replacement: effect of postcessation weight gain. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 87-92.
132. Emont SL, Cumming KM. Weight gain following smoking cessation: a possible role for nicotine replacement in weight management. *Addict Behav* 1987; 12: 151-155.
133. Leischow SJ, Stitzer ML. Smoking cessation and weight gain. *Brit J Addict* 1991; 86: 577-581.